



Aalborg Universitet

AALBORG UNIVERSITY  
DENMARK

## Intensiv musik- og psykomotorisk gruppeterapi m. flygtninge

*Et pilotprojekt i samarbejde med Klinik for Traumatiserede Flygtninge og Center for Dokumentation og Forskning i Musikterapi v. Aalborg Universitet*

Beck, Bolette Daniels; Telcs, Cathrine

*Publication date:*  
2014

*Document Version*  
Tidlig version også kaldet pre-print

[Link to publication from Aalborg University](#)

*Citation for published version (APA):*

Beck, B. D., & Telcs, C. (2014). *Intensiv musik- og psykomotorisk gruppeterapi m. flygtninge: Et pilotprojekt i samarbejde med Klinik for Traumatiserede Flygtninge og Center for Dokumentation og Forskning i Musikterapi v. Aalborg Universitet.*

### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at [vbn@aub.aau.dk](mailto:vbn@aub.aau.dk) providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

# **Intensiv musik-og psykomotorisk gruppeterapi m.traumatiserede flygtninge.**

Et pilot projekt ved klinik for traumatiserede flygtninge i samarbejde med  
Center for dokumentation og forskning i musikterapi v. Aalborg Universitet.

Projektet er udarbejdet af:  
Psykomotorisk terapeut Pernille Friis  
Enhedsleder Kathrine Telcs  
Musikterapeut Tina Grøn Mejsner

Vejleder v. Center for dokumentation og forskning  
Phd. Adjunkt Bolette Daniels Beck.

## **Intensiv musik- og psykomotorisk gruppeterapi m. traumatiserede flygtninge.**

### **Indledning.**

I efteråret 2012 opstod tanken om at udvikle et intensivt gruppeterapeutisk forløb ved Klinik for Traumatiserede Flygtninge. Indtil da havde behandlingen taget udgangspunkt i psykoedukation i grupper, individuel traumebehandling ved klinikens tværfaglige personale samt familiebehandling.

Der havde endvidere været gennemført enkelte individuelle og gruppeterapeutiske forløb hvor behandlingen var en kombination af musikterapi og psykomotorisk terapi.

Sideløbende med ideen om at udvikle et intensivt gruppeterapeutisk tilbud ved klinikken, introduceres samtlige medarbejdere til mentaliseringsbaseret terapi, hvorfor det metodiske udgangspunkt for gruppen blev musikterapi, psykomotorisk terapi samt mentaliseringsbaseret terapi.

Med udgangspunkt i erfaringerne fra de individuelle og gruppeterapeutiske forløb samt med inspiration fra filmen "Free the mind" ønskede vi at undersøge effekten af et intensivt musikterapeutisk (MT) og psykomotorisk(PMT)forløb.

I filmen "Free the mind" følger man blandt andet en gruppe soldater med PTSD.

Terapien der tilbydes minder om den der tilbydes i MT/PMT gruppeforløbene, med relevante psykomotoriske øvelser, gruppeterapi, mindfulness og åndedrætsøvelser. I filmen tilbydes soldaterne et intensivt 7 dages forløb og derefter opfølgning. Erfaringerne fra disse forløb viste at det specifikke undervisningsindhold, forløbsintensiteten og underviserens/behandlernes evne til at skabe relationer, gav stor effekt ift. Indlæring, fastholdelse og brugen af det indlærte.

Ved et intensivt gruppeterapeutisk MT/PMT forløb har vi ønsket at undersøge om det i lighed med resultaterne fra "Free the mind" vil give vores klienter bedre mulighed for at integrere og fastholde de tillærte mestringsstrategier i hverdagen, bryde isolationen og blive i stand til at håndtere en hverdag med PTSD.

I det gruppeterapeutiske MT og PMT forløb vil der udover ovenstående være fokus på at styrke den enkeltes tilknytningsevne, samt sociale kompetencer.

Projektet er gennemført på Klinik for Traumatiserede Flygtninge Vordingborg i perioden januar – marts 2013.

For at dokumentere effekten af behandlingen er der med følgende projektbeskrivelse indgået et samarbejde med Cedomus, Center for dokumentation og forskning i musikterapi ved Aalborg Universitet.  
cedomus.aau.dk

## Projektbekrivelse:

Intensiv musik – og psykomotorisk gruppeterapi m. traumatiserede flygtninge.  
Klinik for traumatiserede flygtninge, Afd for Specialfunktioner, Psykiatrien  
Region Sjælland.

Projektets formål er at undersøge:

- Hvorvidt et intensivt gruppeterapeutisk forløb med udgangspunkt i musikterapeutiske og psykomotoriske metoder vil øge klienternes oplevelse af livskvalitet
- Hvorvidt intensiteten i forløbet, med fokus på en forudsigelig ramme m. gentagelser af de musik terapeutiske og psykomotoriske mestringsstrategier vil øge klienternes evne til at implementere ovenstående i hverdagen.

Projektet laves som et samarbejde med Cedomus ved Aalborg Universitet, psykomotorisk terapeut Pernille Fris , musikterapeut Tina Grøn Mejsner og enhedsleder Kathrine Telcs.

Vejleder v. Cedomus, Phd. Adjunkt Bolette Daniels Beck.

I projektet er anvendt følgende dokumentation:

Quality of life, WHOQOL-Bref, anvendt v. første og sidste session ( bilag 1)  
Semi-struktureret interview ( bilag 2)  
Evalueringskema ( bilag 3)  
Selvrapporteret dagbog

## Metode:

I projektperioden sammensættes det intensive gruppeterapeutiske forløb udfra musikterapeutiske og psykomotoriske metoder samt mentaliseringsbaseret terapi.

Musikterapi er en videnskabeligt funderet behandlingsform, som bygger på musikkens evne til at skabe kontakt og kommunikation. Musikken anvendes i en proces, der fremmer kommunikation, personlig udvikling, dannelse af relationer, læring, genoptræning, fysisk stimulation eller afspænding samt følelsesmæssige oplevelser, udtryk og erkendelser. I musikterapien anvendes såvel receptive som aktive metoder herunder klinisk improvisation og sangskrivning/fortælling.

Receptiv musikterapi/musiklytning anvendes både individuelt og i gruppe, og der lyttes til alle former for musik, som kan anvendes til at bringe ro,



eftertanke, kontakt med positive følelser eller minder og til at reducere eller aflede smerte og angst. Samtale om musikken kan danne udgangspunkt for bearbejdning og identitetsopbygning (Beck, Bolette 2013)  
Musikterapi med flygtninge. I Lars Ole Bonde (ed) Når ord ikke slår til. Forlaget Klim (under review).

I gruppen er musikken anvendt til at træne fokus og tilstedeværelse i nuet, samt bevægelsen mellem fortid og nutid gennem lyd.

Endvidere er der anvendt musikprogram til søvn/træning i afspænding. Musikprogrammet er valgt ud fra Potentialer i Stimulerende og Sedativ Musik (PSSM) (Wigram 2002,2004)

- stabilt tempo
- stabilitet, eller kun gradvise forandringer i lydstyrke, rytme, klang, register og harmoni
- konsistent struktur
- passende kadencer
- forudsigelig melodilinjer
- gentagelse af materiale
- struktur og form
- blide klange
- få betoning

#### Psykomotorisk terapi

Psykomotorisk terapi er en behandlingsform der tager udgangspunkt i integrationen af krop, psyke, erkendelse og handling. Ud fra et kropsligt og ressourceorienteret perspektiv arbejdes der med mestring af traumer og andre former for høj stressbelastning der sigter mod øget forståelse og integration af ressourcer knyttet til menneskers overlevelsestrategier, og etablering af nye mestringsspor. Psykomotorisk udvikling og musklernes funktion i udviklingen af menneskers ressourcer og forsvarsmønstre er grundlæggende for metoden. Det samme gælder forståelse af hypo- og hyperresponsive forsvarsmønstre repræsenteret i muskulaturen (opgivelse og kontrol). (Merete Brandtbjerg, 2008-2009).

De psykomotoriske øvelser der er brugt i gruppeforløbet er udvalgt bl.a. med baggrund i: enkelthed og tilgængelighed. De skal være lette at bruge, enkle at forstå og kunne udføres i stort set alle situationer. Formålet med øvelserne er at de skal kunne anvendes som arousalsenkende og fokuserende redskaber enten i akutte tilstande af stress, forebyggende i kendte stress situationer og som strategier efter f.eks. nattelige mareridt og flashback.

Desuden giver øvelserne en kropslig og mental oplevelse af at kunne containe indre emotionelle og følelsesmæssige tilstande. I den forbindelse er der arbejdet fokuseret med begrebet "dosering" under udførelsen af øvelserne. Det vil sige at deltagerne skal udføre øvelserne med mindst mulig

eller tilpas muskelaktivitet, således der er størst mulig fokus på selve den psykiske og mentale oplevelse at kunne adskille sig selv fra omgivelsernes påvirkning og kunne rumme /regulere de indre hyperarousal og hypoarousal tilstande.

De psykomotoriske øvelser er udleveret som foto og i en instruktions tekst på deltagernes eget sprog( se bilag 4 ). Undervejs i forløbet er der arbejdet med øvelserne i hver session, både med og uden musikledsagelse.

#### **Mentaliseringsbaseret gruppeterapi:**

Mentaliseringsbaseret terapi (MBT) er en nyere evidensbaseret behandlingsform til psykiske lidelser som personlighedsforstyrrelser, angstlidelser, depression og PTSD. Teoretisk har mentaliseringsbaseret terapi rødder i moderne psykoanalytisk tænkning, udviklingsterori og tilknytningsteori.

Mentalisering er evnen til implicit(automatisk) og eksplicit(sprogligt) at fornemme og tolke sine egen og andres kropsreaktioner, handlinger og følelser som meningsfulde. Mentalisering er nært forbundet med affektregulering, som er reguleringen af vores automatiske udløste emotioner og vores bevidste oplevede følelser.

Den mentaliseringsbaserede tilgang retter sig netop mod at styrke klienternes evne til at mentalisere og affektregulere.(J.H Sørensen, Programmer for PTSD, 2013)

#### **Mentaliseringsbaseret gruppeterapi i praksis:**

I gruppen har vi arbejdet med at etablere grundlæggende tillid, sænke arousal via psykomotoriske øvelser samt musik, at øge nærvær som grundlag for at registrere og benævne egne emotioner. De emotioner der er opstået i rummet er italesat, og der er arbejdet med at anerkende/genkende emotionerne, aflæse reaktioner og forholde sig til de enkelte gruppe medlemmers reaktioner på egne emotioner og andres. Dette er for eksempel sket ved at regulere arousal/affekter undervejs i patienternes traumefortælling.

Endvidere har vi arbejdet med at styrke mentaliseringsevnen ved at anvende mestringsstrategierne hjemme, føre protokol over antal anvendte gange og effekten.

Endvidere er der i det intensive gruppeterapeutiske forløb taget udgangspunkt i klientens mentaliserings- og udviklingsniveau.

#### **Musik og psykomotorisk terapi i praksis:**

Både MT og PMT er nonverbale terapiformer. Ved traumatiserede flygtninge ses oftest en asymmetrisk udvikling som det er muligt at tage højde for i den



nonverbale behandling. I MT og PMT får klienten mulighed for at udforske sine egne indre mentale tilstande gennem en kropslig, musisk, eksperimenterende og legende tilgang. Ved at udtrykke sig og interagere i en nonverbal modalitet skabes der mulighed for at bearbejde de traumer som i udgangspunktet er svære at adressere med ord.

Gennem den genkendelse og accept som klienten får af sine egne mentale tilstande i den terapeutiske interaktion, vil han/hun begynde at genetablere relationen til og fornemmelsen af sig selv, og være i stand til at italesætte tilstanden i terapien.

Gennemgående i terapien har været mestring/regulering af angst og søvn via afspænding, kropslig afgrænsning og musiklytning.

Ved musiklytning/receptiv musikterapi i kombination med øget kropsbevidsthed via psykomotoriske øvelser, og fokus på vejtrækningen, er der arbejdet med at skabe forandringer i forhold til fysiske, psykologiske, kognitive, sociale, udviklingsmæssige, æstetiske og spirituelle områder.

Kombinationen af MT og PMT anvendes med henblik på at reducere angst og spændinger, forbedre evnen til afslapning samt støtte klienten i en opmærksomhed på kroppen og vejtrækningen.

I det gruppeterapeutiske forløb har den terapeutiske proces været i fokus, med en overordnet struktur der bygger på gentagelse af de musikterapeutiske og psykomotoriske metoder og mestringsstrategier, således at deltagerne hver dag gennemgår det psykomotoriske øvelsesprogram (se bilag 4) om formiddagen, og trænes i afspænding/musiklytning om eftermiddagen.

Ved forløbets start udleveres en mappe til hver enkelt deltager med:

Dagligt afkrydningsskema med de anbefalede øvelser (se bilag 3)

Psykomotorisk øvelsesprogram (se bilag 4)

CD m/personligt musikprogram( se bilag 5)

Dagbog

Gruppeforløbet tilrettelægges ud fra følgende struktur:

3 dages undervisning pr. uge i 2 uger. Kl. 9.15 - 15

1 uges pause, med implementering af det indlærte i hverdagen

3 dages undervisning i en uge, kl. 9.15 - 15

2 ugers pause, med implementering af det indlærte i hverdagen

2 dages undervisning i en uge, kl. 9.15 - 15

1 mdr. pause, med implementering af det indlærte i hverdagen.

1 dags undervisning og afslutning, kl. 9.15 - 15

Uge 1

Dag 1

Præsentation af forløbet, uddeling af materialer

MT og PMT øvelser

Dag 2

MT og PMT øvelser

Traumefortælling

Dag 3

MT og PMT øvelser

Traumefortælling

Uge 2

Dag 1

MT og PMT øvelser

Dag 2

MT og PMT øvelser

Dag 3

MT og PMT øvelser

Pause – 1 uge

Uge 3

Dag 1

MT og PMT øvelser

Dag 2

MT og PMT øvelser

Dag 3

MT og PMT øvelser

Pause 2 uger

Uge 4

Dag 1

MT og PMT øvelser

Dag 2



MT og PMT øvelser

Pause 4 uger

Uge 5

Dag 1

MT og PMT øvelser

Afslutning.

### Visiationsprocedurer

Deltagerne til gruppen blev valgt ud fra et skøn af mentaliseringsniveau, foretaget ved deres deltagelse i klinikkens psykoeducative forløb.

Gruppens deltagere:

Der blev visiteret 5 farsi talende mænd til gruppen, fra henholdsvis Afghanistan og Iran.

Fire af gruppens deltagere havde kort forinden deltaget på klinikkens psykoeducative hold.

Den sidste deltager havde forud for opstart i gruppen modtaget individuel og familierapeutisk behandling i klinikken.

Ved afslutningen af det psykoeducative forløb blev det vurderet at samtlige deltagere havde et højt mentaliseringsniveau, og de havde alle ved afslutningen af det psykoeducative forløb givet udtryk for at de ønskede at gå videre i et gruppeterapeutisk forløb.

Deltagerne havde således på forhånd kendskab til hinanden og til klinikken.

Gruppen kom til at bestå af 4 af de 5, og tidligt i forløbet overgik en af deltagerne til et andet tilbud, således at store dele af det intensive gruppeterapeutiske forløb blev gennemført med 3 deltagere.

Fælles for deltagerne er at de er født og opvokset i et krigshærget land, og har således i opvæksten oplevet sult, angst, bombardementer og set nære familiemedlemmer blive dræbt. Flere har selv været fængslet og udsat for grov fysisk og psykisk tortur.

Klienterne er plaget af koncentrationsbesvær, angst, søvnbesvær, manglende appetit og isolationstendenser. Endvidere beskriver de PTSD symptomer i form af indtrængende minder flash-backs, samt indsovnings besvær og periodevis mareridt.

## **Forløbsbeskrivelse:**

Følgende afsnit er udpluk fra den journal optagelse der er foretaget efter hver session, og fungerer således som terapeuternes oplevelse af forløbet.

### **d. 14.01.13**

Præsentation af deltagere, behandlere og tolk. Introduktion til forløbet, herunder varighed, fremmøde datoer, indhold og metode. Udfyldelse af Quality of life (WHOQOL-Bref).

Efterfølgende introduktion til 3 min åndedrætsøvelse, samt PMT øvelser. Gåtur og fælles frokost. MT øvelser med fokus på puls og edukation i anvendelse. Gennemlytning af musikprogram. Afsluttede med 3 min. Åndedrætsøvelse.

### **d. 15.01.13**

Indledningsvis 3 min vejtrækningsøvelse. Efterfølgende en siden sidst runde. Med udgangspunkt i de temaer som klienterne berører i runden edukeres der i sammenhængen mellem krop og psyke, herunder en differentiering mellem trykken for brystet/ondt i brystet som et udtryk for problemer med hjertet, eller en spænding i musklerne forårsaget af psykiske problemer såsom angst og sorg.

Efter en kort pause arbejdes der med PMT øvelser.

Om eftermiddagen arbejdes der med farve meditation og billede. Klienterne edukeres i sammenhængen mellem PTSD, hippocampus og meditation. Farvemeditationen fremkalder erindringer af ro og kærlighed, blandet med voldsomme erindringer fra krigen. Klienterne er i stand til at dele deres tanker med hinanden, og får oplevelsen af at blive lyttet til og kan genkende sig selv i de andres fortællinger.

### **d. 16.01.13**

3 min åndedrætsøvelse, sidens sidst runde, PMT øvelser med fokus på fysisk/mentalt center. Intro til traumefortælling; afgrænset episode, vægt på hvordan de slap væk fra traumeoplevelsen, sat tid på fortællingen, givet mulighed for at undgå at fortælle, efter fortællingen genfortælle de øvrige deltagere hvad de hver især har hørt uden at gå ind i egne oplevelser. Det blev gjort klart fra starten at TGM og PF var de styrende med ansvar for at regulere arousal- og angstniveau. Pause. Fortællingen, genfortælling x 2. Som en del af den terapeutiske proces, at fortælle sin traumehistorie, blev der edukeret i betydningen af at kunne containe og i forlængelse af dette at afgrænse fortællingen undervejs og efterfølgende. Det blev derfor aftalt at pauserne i løbet af dagen skal holdes fri fra det terapeutiske materiale,

således at den enkelte og gruppen som helhed får de pauser som er nødvendige for at kunne håndtere det følelsesmæssige materiale som opstår undervejs.

#### **d. 21.01.13**

3 min åndedrætsøvelse

Siden sidst runde

PMT øvelser udvidet med slow/flow og stickball

Siden sidst runde

Gåtur

Frokost

Træning af fokus og opmærksomhed, øget kontrol over tanker og emotioner

- bevægelse mellem at være tilstede i rummet/nuet og være tilbagetrukket/inde i sig selv
- spænd op spænd af øvelse
- afspænding til musik, med fokus på gradvis og under kontrol at nå en afspændt tilstand, hvor vejtrækning og en enkelt tone bruges som måder at kontrollere tilstanden på.

Efterfølgende en lang snak om hvilke tanker og oplevelser fra krig, tilfangetagelse og tortur, der konstant vender tilbage, og hvordan det kræver bevidst træning at ændre dette.

Hvor energien om formiddagen var tynget af træthed og tristhed, samt oplevelsen af at sidde alene med de tanker som er svære, ændres dette i løbet af eftermiddagen i takt med at hver enkelt deltager bliver mere afslappet, og bliver i stand til at dele deres tanker med hinanden.

#### **d. 22.01.13**

Startede med 3 min med fokus på åndedrætsbevægelsen - siden sidst – PMT m/ par øv m/ ball stik med fokus på at kunne gå ind og ud af kontakt.

Med udgangspunkt i "siden sidst" tages der fat i deres mareridt og håndtering af kropslige og psykiske reaktioner. En fortalte en konkret historie som gav anledning til en del uro i gruppen pga. genkendelse. Dette benævnes og der arbejdes med kropslig afgrænsningsøvelser.

Gåtur og frokost.

Spænd op/af og afspænding med musik og klangstav som holdepunkt i nutiden.

Afsluttede med 3 min åndedrætsøvelse, understøttet af musikalsk improvisation.

#### **d. 24.01.13**

3 min vejtrækningsøvelse, efterfulgt af siden sidst runde.

Med udgangspunkt i en af klienterne arbejder vi efterfølgende med PMT og MT øvelser til reduktion af arousal, og det i talesættes hvorledes vores energier påvirker og ændres undervejs.



I dette tilfælde fra at være anspændt og vred, til at føle sorgen over tabt identitet og manglende evne til at navigere i eget liv.  
PMT øvelser, efter hver øvelse foretages scoring på evalueringsskema.

Gåtur og frokost.

Efter frokost ønsker deltagerne at tale om formen på terapien, da de alle har haft oplevelsen af at dele følelsesmæssigt materiale og efterfølgende føle sig usikre på hvordan de har fremstået og hvordan deres fortælling er blevet modtaget. Flere nævner at de er bange for at blive grinet af /latterliggjort. En løsning på ovenstående, som præsenteres af klienterne, er at vi hver morgen tager en kort samtale med hver enkelt inden gruppen starter. Det pointeres at de altid har mulighed for at bede om en individuel samtale ved behov, samt at vi vil overveje deres forslag og give en tilbagemelding næste gang vi mødes.  
Afslutningsvis 3 min åndedrætsøvelse, understøttet af musikalsk improvisation.

En uges pause.

#### **d. 04.02.13**

3. min vejtrækningsøvelse med fokus på åndedræt og tilstedeværelse, dernæst siden sidst runde. Der følges op på hjemmearbejdet med PMT og MT øvelser og der arbejdes med siddende krydsbevægelser med lav dosering af energi og tempo. DD opleves deltagerne meget mentalt fraværende, der arbejdes derfor med en MT øvelse med fokus på skiftet mellem tilstedeværelse i gruppen og fravær/forsvinde ind i sig selv. Efterfulgt af en tegning eller skriv af det der fylder mest af tanker og/eller billeder/erindringer mv. lige i dette minut. Deltagerne oplevede at det de havde skrevet fyldte mere efter øvelsen. Der blev arbejdet med PMT øvelse 1 og krydsbevægelse, samt gåtur – igen med fokus på krydsbevægelsen.

Gåtur og frokost. 1 deltager valgte at gå hjem.

Efter frokost blev dagen afsluttet med PMT spænd op/af øvelse, understøttet af musikalsk improvisation.

#### **d. 05.02.13**

Indledningsvis 3 min åndedrætsøvelse. Derefter orienteres gruppen om at en af deltagerne er overgået til et andet behandlingstilbud, og derfor har forladt gruppen.

Siden sidst runden.

Temaet for den efterfølgende samtale er udledt af siden sidst runden, hvor begge deltagere giver udtryk for at de er i tvivl om hvorvidt det er godt at tale



om deres oplevelser, tanker og følelser, da det i første omgang bare virker som om det forstørre problemerne.

Dog har de aldrig fred for tankerne, og en af deltagerne beskriver meget præcist at han stadig føler sig kapslet ind af sin fortid, hvilket gør det umuligt for ham at starte på sit liv i anmark.

Vi taler om at være itvivl, at være bange for at dele sine tanker da man mister kontrol i situationen, at have mistet tillid til andre, hvilket gør det svært at dele sine tanker, samt at genvinde tilliden til andre mennesker er betinget af at man er sammen med andre.

Der arbejdes med PMT/MT øvelser i forhold til ovenstående. I første omgang med fokus på jordforbindelse, øvelser for fødder og ankelled. Derefter PMT øvelse 1-5. Der verbaliseres undervejs iforhold til oplevede kropslige ændringer og ændring i nærvær.

Inden frokost afsluttes der med en øvelse i at gå ind og ud af kontakt, at være en del af gruppen og kunne bevæge sig til og fra kontakten med de andre.

Gåtur og frokost.

Efter frokost afsluttes der med bodyscan og i forlængelse af denne musiklytning.

#### **d.06.02.13**

3 min vejtrækningsøvelse, efterfulgt af siden sidst runden.

Vi repeterer temaerne fra i går, bevægelsen fra at være i tvivl og igen kunne føle tillid.

Endvidere sætter vi fokus på betydningen af ens alder, og livssituation/omstændigheder på det tidspunkt hvor man har været udsat for de traumatiske hændelser, og hvilken rolle/hvilke handlemuligheder man har haft i forhold til det der skete.

Fælles for gruppens medlemmer er at de alle tre er født i et land hvor der har været krig. Deres barndom, ungdom og tidlige voksen alder har således været præget af krigstraumer, herunder svær angst, som er fælles når de fortæller. De erindrer alle tre hvordan de som helt små har oplevet bombardementer, set frygten i deres forældres øjne, oplevet fængsling, tilfangetagelse og tortur. De har aldrig fået lov til at være børn, har aldrig haft mulighed for at lege, være sorgfri, indlære under trygge forhold etc, hvilket i dag har betydning for hvordan deres symptomer på PTSD udspiller sig, og hvordan deres muligheder for at ændre på deres nuværende situation opleves.

Karakteristisk for gruppen er oplevelsen af magtesløshed, og følelsen af at angsten overtager deres krop og sind, inden de kan nå at anvende de tillærte mestringsstrategier.

Der arbejdes ud fra dette med at hver enkelt deltager identificerer den øvelse/mestringsstrategi som indtil nu har den bedste effekt, og der arbejdes med denne.

Efterfølgende mærker hver enkelt en ændring af deres tilstand til det bedre, og betydningen af denne oplevelse italesættes.

Der er nu 2 ugers pause, og det aftales at vi ringer til hver enkelt deltager i næste uge, samt at gruppen mødes i uge 8 hos en af deltagerne for at drikke te.

Afslutningsvis PMT/MT øvelser til afgrænsning, tilstedeværelse og løft af energi.

#### **d.20.02.13**

Hjemmebesøg hos deltager – te.

#### **d.25.02.13**

3 min åndedrætsøvelse, med gennemgang af hele kroppen.

Herefter siden sidst. Grundlæggende opleves der ikke de store ændringer hos nogen af deltagerne, de har stadig de samme tanker, mareridt, ensomhedsfølelse etc. Dog registrerer de små ændringer i arousal ved brug af øvelser og musik.

Det præciseres at behandlingen ikke kan ændre eller fjerne krigstraumerne, men i takt med at mestringsstrategierne anvendes dagligt vil der opstå en ændring i den enkeltes måde at tackle traumerne på. Det er tydeligt at det er svært for flere af deltagerne at tro på at denne ændring vil indtræffe. De føler sig som udgangspunkt magtesløse overfor deres symptomer, herunder specifikt angsten, og der indtræffer hurtigt en opgivende og regressiv holdning hos den enkelte.

Med udgangspunkt i ovenstående arbejder vi med angst som tema. Hver enkelt identificerer angst signaler, herunder kropslige ændringer. Udløsende faktorer og faktisk kontekst ved angst, samt stopklods – hvad kan jeg konkret gøre for at stoppe angsten i at eskalere.

Efter frokost spænd op /spænd af, afspænding og musiklytning. Samtlige gruppens deltagere falder i søvn under afspænding/musiklytningen og sover i ca. 30 min, inden dagen afsluttes.

#### **d. 27.02.13**

3 min åndedrætsøvelse m/fokus på kropsbevidsthed.

Siden sidst runden som giver anledning til en snak om kulturforskelle ift. sygdomsopfattelse, begrebet omsorg, egen indsats og forventning til andre, både professionelle og familie/venner.

Efter en lille pause pmt/mt øvelserne og instruktion til dagens næste opgave: maling af dem her i DK, lige nu og her.

Gåtur og fælles frokost.

Der er lidt modstand på det at skulle male i form af præstationsangst, men de kaster sig ud i det. I processen er det tydeligt at de alle bliver grebet af det og de fordyber sig hver i sær i deres maleri. Efterfølgende gennemgås maleriet af "maleren" og dernæst af resten af gruppen. En deltager ønsker ikke at få feedback på sit maleri.

Dagen blev afsluttet med praktisk information omkring den ekstra dag (d.11.3) og afspænding/musiklytning.



#### **d. 11.03.13**

3. min åndedrætsøvelse med fokus på nærværelse i nuet.

Billedanalyse af malerierne fra sidst. Pga. af billede materialet blev der lavet individuel visualisering. En deltager blev så påvirket af den andens historie at vedkommende genoplevede en episode fra fængslet hvor han blev udsat for særdeles hårdhændet overgreb. Det blev derfor aftalt at deltagerne blev delt op og øvelsen ville blive gentaget.

Fællesfrokost.

Efter frokost er deltagerne delt op. En deltager udfører afspænding alene til musikprogrammet. Med den anden deltager bliver meditationsøvelsen fra før frokost gentaget. Øvelsen bliver denne gang udvidet med musik som hjælper deltageren til at finde mere tilstedeværelse og nærværelse.

Dagen bliver afsluttet med fælles stolesiddende pmt øvelse med musikledsagelse.

#### **d. 25.03.13**

Afslutning.

3. min åndedrætsøvelse med fokus på nærværelse i nuet. Kort siden sidst runde, samt en orientering om dagens program. Bodyscan med efterfølgende tegning af den aktuelle tilstand/situation. Tegningerne blev sammenlignet med tegningerne fra d. 15.1.13. Fælles frokost. Slutteligt blev WHOQOL-Bref udfyldt.

### **Opsamling på det gruppeterapeutiske forløb**

Med projektet har vi ønsket at undersøge:

Hvorvidt et intensivt gruppeterapeutisk forløb med udgangspunkt i musikterapeutiske og psykomotoriske metoder vil øge klienternes oplevelse af livskvalitet.

Hvorvidt intensiteten i forløbet, med fokus på en forudsigelig ramme m. gentagelser af de musikterapeutiske og psykomotoriske mestringsstrategier vil øge klientens evne til at implementere ovenstående i hverdagen.

Til belysning af ovenstående er anvendt Quality of life, WHOQOL-Bref, samt et semistruktureret interview.

#### **Statistisk materiale– Quality of life.**

Beskrivelse af WHOQOL-bref

WHO-QOL projektet blev initieret af WHO i 1991 med det formål at udvikle et måleinstrument der kunne sammenligne livskvalitet internationalt og

tværkulturelt. 5 centre startede og pt er over 30 centre med idet de arbejder med oversættelse ud fra standardiseret protokol (WHO, 1994).

Livskvalitet blev defineret således:

"an individuals perception of his/her position in life in the context of his culture and value systems in which he/she lives, and in relation to his/her goals, expectations, standards and concerns. It is a broadranging concept, incorporating in a complex way the persons physical health, psychological state, level of independence, social relationships, and their relation to salient features of their environment" (WHOQOL gruppen, 1994a, s. 43).

Ud fra det oprindelige 100 punkts skema, blev 26 punkter valgt ud til kortversionen WHOQOL-Bref ( 1993 ). Den indeholder 26 spørgsmål i en 5 punkt Likertskala. De første 2 spørgsmål er generelle spørgsmål om livskvalitet og helbredstilstand. De resterende 24 spørgsmål inddeles i fire domæner: fysisk, psykologisk og social livskvalitet samt forhold til omgivelser/miljø. De fire scorer omregnes til tal mellem 0-100 .

WHOQOL farsi version er blevet testet på iranske populationer (både kliniske og raske grupper) og har demonstreret tilfredsstillende psykometriske egenskaber (Karimlou et al. 2011; Yosefy et al. 2010).

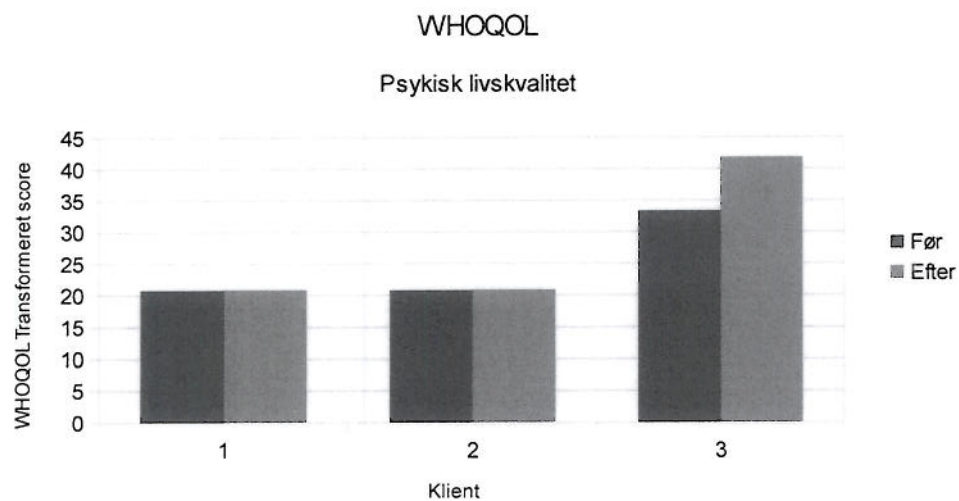
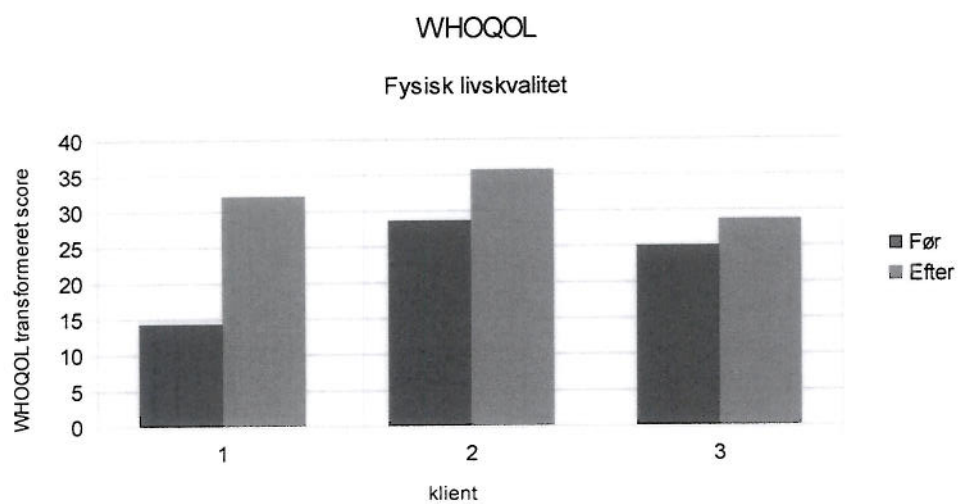
## Resultater:

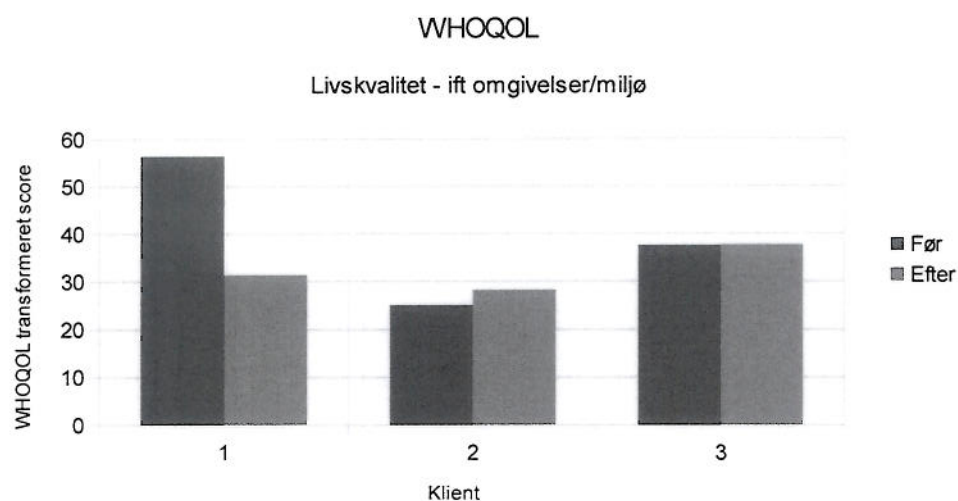
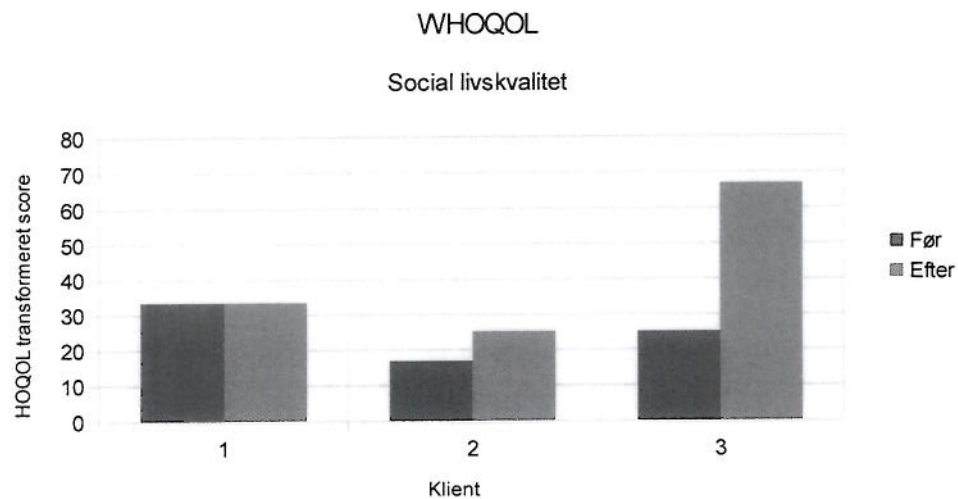
Domænescorer for WHOQOL farsiversion, pilotprojekt

Musikterapi/psykomotorik, Klinik for traumatiserede flygtninge, Vordingborg

	Fysisk før	Fysisk efter	Psykisk før	Psykisk efter	Social før	Social efter	Omgiv el-ser før	Omgiv el-ser efter
Klient 1	14.3	32.1	20.8	20.8	33.3	33.3	56.3	31.3
Klient 2	28.6	35.7	20.8	20.8	16.7	25.0	25.0	28.1
Klient 3	25.0	28.6	33.3	41.7	25.0	66.7	37.5	37.5
Gennem -snit	22,6	32,1	25,0	27,8	25,0	41,6	39,6	32,3







Generelt er der små forbedringer af livskvalitet efter behandling på fysisk og psykisk livskvalitet, og en noget gennemsnitlig større fremgang på social livskvalitet. Der ses en forværring af environmental livskvalitet, der skyldes en af deltagernes meget lave postscore. (Sammenlignes disse resultater med scorer fra en undersøgelse af danske mandlige flygtninge (Carlsson et al.

2006) kan det ses at scorerne ligger i samme område (25.6, 27.5, 39.7 og 39.9) for de fire domæner, med undtagelse af præscoren for social livskvalitet og postscoren for environmental livskvalitet.

Table 4. Average scores in Harvard Trauma Questionnaire (HTQ), Hopkins Symptom Checklist-25 (HSC-25), Hamilton Depression Scale (HDS) and WHO Quality of life-Bref (WHOQOL-Bref).

	Cronbach's alpha	Mean	Min-max	s	> Cut-off (%) <sup>*</sup>
HTQ Total	0.89	2.81	1.0-3.7	0.51	81.0
HTQ PTSD	0.86	3.06	1.0-3.9	0.53	88.9 <sup>†</sup>
HTQ non-PTSD	0.80	2.53	1.0-3.6	0.61	-
HSC-25 total (n = 62)	0.93	2.91	1.1-4.0	0.61	93.5
HSC-25 depression (n = 62)	0.88	2.91	1.2-4.0	0.63	93.5
HSC-25 anxiety (n = 62)	0.87	2.90	1.0-4.0	0.67	91.9
HDS (n = 58)	0.83	19.8	2-33	6.61	-
HDSS (n = 58)	0.78	9.53	0-16	3.42	-
WHOQOL-mental (n = 58)	0.83	25.57	0.0-83.3	20.03	-
WHOQOL-physical (n = 58)	0.85	27.52	0.0-96.4	19.87	-
WHOQOL-social (n = 58)	0.76	39.66	0.0-100.0	25.12	-
WHOQOL-environmental (n = 58)	0.76	39.87	0.0-87.5	19.00	-

s, standard deviation.

<sup>\*</sup>The cut-off scores used are HTQ 2.5 and HSC-25 1.75.

<sup>†</sup>If using the DSM-IV PTSD algorithm the estimation of the prevalence of PTSD is 83.7%.

## Det semistrukturerede interview

Det anvendte semistrukturerede interview, har været udformet som et åbent ustruktureret, tematiseret interview (se bilag 2)

De individuelle interviews er optaget på bånd, og foretaget på Klinik for Traumatiserede Flygtninge, Vordingborg. I den efterfølgende analyse er der foretaget en fænomenologisk kodning af udskrifterne.

Målet med en fænomenologisk tilgang er at studere menneskelige erfaringer og oplevelser, med en fordomsfri tilgang.

Fænomenologien søger på den ene side at reflektere over erfaringens mulighedsbetingelser, og på den anden side at suspendere vores antagelser, for at kunne undersøge dem kritisk. For at undgå at være forudindtaget må undersøgelsen, ifølge Husserl, "vende sig mod virkeligheden, sådan som den fremtræder, sådan som den giver sig for os i vores erfaring, for det er netop denne erfaring, som vores antagelser skal støtte sig til, hvis de skal være velfunderede" (Ibid.: 21

Stemning ved interview

Patienterne var under behandlingen, orienteret om pilotprojektet, og havde givet deres tilsagn til at deltage i det efterfølgende semistrukturerede interview. De semistrukturerede interviews blev foretaget 5 mdr. efter endt behandling. Interviewet blev i to tilfælde foretaget sammen med en for patienterne, velkendt tolk. En patient er interviewet uden tolk. Det skal understreges at alle havde bekymringer i forhold til, at samtalen blev optaget på bånd. De var bange for at de oplysninger de gav, kom i "forkerte hænder". Patienterne er orienteret om anvendelse af materialet, herunder transkribering, anonymisering og destruktion af materialet efter brug.

Hvor der har været anvendt tolk, har det været vigtigt at være opmærksom på at opnå så korrekt forståelse af det oversatte som muligt. To forskellige sprog har ikke nødvendigvis kongruente ord og udtryk, og det kan derfor være svært at oversætte præcist. Dette er blandt andet et udtryk for at sproget dannes ud fra den begrebsverden, der eksisterer i en kultur. Et ord kan således have mange betydninger og må ses i forhold til den sammenhæng det udtrykkes i. For eksempel har Koyas-folket i Sydindien syv forskellige ord for bambus, mens vi i Danmark kun har ét. ( Kommunikation i psykiatrisk behandling af flygtninge og indvandrere Et litteraturstudie med fokus på muligheder for kommunikationsforbedring p.5 )

## **Patienternes forestillinger om interview.**

I forbindelse med interviewene sagde patienterne

*".....Nu håber jeg at du sletter det hurtigt "*

Og *".....husk nu ikke at nævne mit navn"*

Det var været altafgørende for gennemførelsen af interviewene at skabe en tryk atmosfære. Tryghed er en individuel følelse, og flygtninge som har været udsat for det ondeste i verden har svært ved at tro på løfter fra "fremmede" eller fra nogen overhovedet.

Generelt hører flygtningene til blandt de svagest stillede grupper i det danske samfund, dels fordi der er mange fordomme omkring flygtninge i det danske samfund og dels fordi de flygtninge vi her taler om, lider af PTSD. Dette at de har en diagnose er for mange en del af den deroute de gennemlever som flygtning, idet der hos mange flygtninge er meget tabu omkring psykiske lidelser. ( statens inst. For folkesundhed 2007 )

De mange faktorer i fordømmelsen er en vigtig faktor for sårbarheden og dermed en del af den manglende følelse af tryghed.

## **Resultater**



Kodningen af transkriptionerne har resulteret i følgende udsagn fordelt på kategorierne:

1. Patienternes erfaring med behandlingen
2. Livshistorie/traume
3. Musikterapi
4. Psykomotorisk terapi
5. Tegneterapi
6. Gruppedynamikken/det relationelle

## 1. Patienternes erfaring med behandlingen

Patienterne fortæller, at de har været glade for at komme i klinikken og at behandlingen har omfattet både fysiske og mere psykiske aktiviteter. De fleste gange har behandlingen også indbudt til socialt samvær og mulighed for at dele oplevelser med de andre patienter, men mest af alt til et ligeværdigt samspil med behandlerne. Med henblik på planlægningen af behandlingssessionernes indhold understreger patienterne at de ikke har deltaget, men det er sket fra medarbejdernes side.

En patient siger .....*"Måske har behandlingen hjulpet, det er svært at sige, men det der har hjulpet er at jeg har fået viden om hvorfor jeg har mareridt og andre problemer, men jeg har brug for individuel hjælp til at komme videre"*

Og .....*"der er nogen gange det kan bruges og det er godt og nogen gange siger de noget her som jeg ikke kan bruge, det er spild af tid"*

....*"Den psykomotoriske terapeut sagde også noget jeg kunne bruge, Musikterapeuten var også god, musikken var afslappende og god."*

Og .....*"Når jeg havde det dårligt med mig selv, kunne jeg ikke bruge tiderne her, hverken med musikken eller øvelserne, det var når jeg havde det rigtig dårligt inden i - det sagde jeg til dem. Nogen gange var det okay, men andre gange kunne jeg ikke bruge det."*

Og...*"Jeg fik mere ro, når du kommer i en gruppe med andre mennesker får du nogle råd, jeg synes det var rigtig godt, men selvfølgelig når jeg kommer hjem kommer det ubehagelige tilbage igen."*

## 2. Livshistorie/traumer.

En del af behandlingen gav patienterne mulighed for at tale om hvordan de reagerede på musik og øvrig behandling. På den måde blev der åbnet op for muligheden for at tale om traumatiske oplevelser, men kun en ud af de tre

patienter havde behov for at tale, de to andre havde af forskellige årsager ikke lyst.  
Patienterne illustrerer selvforståelsen omkring det at delagtiggøre andre i dele af deres livshistorie ved at sige

....” Jeg havde det ikke altid godt i gruppen og havde ikke lyst til at snakke”

Og ....”Ja.....jeg ønskede at tale om det ...jeg blev henvist hertil, fordi jeg har været udsat for tortur og jeg har det dårligt psykisk og det har jeg fortalt jer lige fra starten, jeg har det også dårligt fysisk og det ved I.”

Og.....”Jeg fortalte ikke så meget om hvad jeg havde været igennem, det var lidt svært for mig, det er privat. Jeg kunne ikke snakke med nogen jeg ikke kender - om mine private ting”.

### **3. Musikterapi.**

Alle patienterne giver udtryk for, at de er i stand til at slappe af når de hører musikken samt at musikken er i stand til at påvirke negative tankeformer til positive psykiske processer.

”Musikken er dejlig afslappende” .....”Jeg bruger også musikken når jeg skal slappe af, men hvis jeg er dårlig husker jeg det ikke.”

”Jeg elsker musik, det var beroligende musik, men jeg har det så dårligt at jeg ikke kunne nyde musikken, men de dage hvor jeg havde det godt så nød jeg musikken.”

”Musikken er god fordi jeg lytter til det, men det minder mig om gamle dage og jeg slapper af og nyder det, jeg lytter til musikken derhjemme.”

### **4. Psykomotorisk terapi.**

Samtlige patienter giver udtryk for at de kropslige øvelser er gode og nødvendige.

Dog giver flere patienter udtryk for at det har været vanskeligt at fastholde effekten af behandlingen og implementeringen af øvelserne i hverdagen.

”Når jeg har det godt så bruger jeg nogle af øvelserne derhjemme, men jeg skal have det godt. Når jeg begynder at mærke min krop så har jeg det ikke godt og så bruger jeg ikke øvelserne.”

...”Jeg kan huske at det var godt for mine muskler, men engang jeg fik massage kunne jeg ikke nyde det, for jeg havde det dårligt. ”



..."Jeg har sagt det før, når jeg er rolig bruger jeg øvelser, det er okay, men når jeg har det dårligt så bruger jeg dem ikke så gør jeg dem ikke."

"Gode øvelser, men måske var jeg for dårlig til at få et udbytte"

"Nogle ting var rigtig gode, men andet kunne jeg ikke bruge, det var ikke til mig, men nogen øvelser var gode for jeg kunne slappe af i mit hoved."

....."Jeg har lært øvelser, de er gode, men de tager ikke mine smerter, jeg lærte nye øvelser for ryggen, rigtigt godt."....."Det hjælper mig fordi jeg tror på at det skal hjælpe, min mor har lært mig at troen hjælper og man skal være taknemmelig for hvad man har og hvad man kan."... "Det har ikke hjulpet så meget, når jeg kom på klinikken og alle snakkede så glemmer du dårlige ting, på den måde var det godt. Jeg har aldrig trænet før fordi jeg var rask, men nu gør jeg dem ca. 3 gange daglig. Jeg bruger ikke medicin til mine smerter så jeg er nødt til at prøve at lave de øvelser så jeg kan slappe af, jeg støvsuger jo på knæ jeg er nødt til at lave øvelser, jeg har så mange smerter og jeg er træt."

## **5. Tegneterapi**

...."Det var okay"

"Det var første eller anden gang jeg kan ikke huske det, men jeg prøvede at tegne og kom til at tænke på at jeg var fanget hos Taliban i 6 mdr, så det kom tegnesessionen til at handle om og det var ubehageligt. ....Første gang var jeg dårlig og urolig derfor var det sådan anden gang var jeg mere rolig og det blev en anden type tegning"

"Jeg har aldrig været god til at tegne, men nogen gange kommer det i tanken, hvad du skal tegne så jeg huskede bjergene og jagterne fra da jeg var derhjemme. Jeg er opvokset i bjergene. Da jeg åbnede mine øjne første gang (da jeg blev født) så jeg bjerge – jeg tegnede bjerge og et lille hus et lille hus der giver mening, måske et hus til jægerne eller ..... jeg tegnede sådanne nogle ting, fordi jeg kan lide bjergene hvor jeg gik på jagt med min far".

## **6. Gruppedynamikken/ det relationelle**

..."De er søde og friske"

"Forholdet til de andre i gruppen.....var okay...overfladisk "

"...De er meget søde, hjælpsomme T og P .... Utroligt hjælpsomme, jeg har været glad for gruppen, jeg ved at jeg aldrig kunne få den hjælp i mit hjemland.....gruppen har hjulpet andre, men jeg kan ikke hjælpes, de prøvede at hjælpe mig."



Patienternes selvforståelse viser at de alle har været taknemlige over at blive mødt ligeværdigt

*"Jeg var meget glad for Tina og Pernille for de var meget søde, jeg fik mere ro, når du kommer i en gruppe med andre mennesker får du nogle råd, jeg synes det var rigtig godt, men selvfølgelig når jeg kommer hjem det kommer tilbage igen"*

*"Generelt har jeg været glad for at det er en klinik med nogle behandlere, som har været ret søde og som har gjort alt hvad de kunne for at hjælpe."*  
*"....Jeg sover stadigvæk dårligt, jeg har stadig mareridt, hver anden sekund skal jeg stå op, alle de ting jeg oplevede med Taliban, fængsel de dårlige ting det kører i mit hoved, det er derfor jeg vågner hver andet sekund og kan ikke falde i søvn. Så det er det samme som før"*

*"Der er ikke forskel – nej om natten er det lige så ubehageligt som det hele tiden har været, jeg er våd af sved og jeg er bange jeg er angst"*

*....."Jeg vil fortælle dig ærligt om natten er det fuldstændig det samme, jeg bliver dårligere og dårligere  
Jeg får stadigvæk anfald som om jeg fryser så der er ikke forskel. Jeg ryster og ved ikke hvad jeg skal gøre, jeg er nødt til at sige sandheden."*

*"Generelt har det været rigtig rart at blive tilknyttet en sådan klinik med den hjælp man får - Jeg er klar over at det er meget individuelt fra patient til patient, der er nogen der har fået meget ud af det og nogen har fået mindre ud af det, det kommer an på hvordan man har det. Generelt har jeg været glad for at komme her fordi her kan man forstå folk der kommer fra andre lande og deres problematikker."*

*"Jeg har lært viden omkring min situation skal jeg afsluttes så bliver jeg ked af det, men jeg skal gå videre med alt det jeg har lært her.... alle de råd jeg har fået...det er som en trappe man skal gå op ad, jeg skal videre, jeg kan ikke sidde og tænke hvornår bliver jeg rask.  
Jeg skal videre, jeg tror på Gud, det er mit liv...det står skrevet, jeg ved det ikke, men måske bliver jeg rask...siden 2006 har jeg været syg, men jeg kan stadig nogle ting. Når jeg er hjemme bliver jeg mere ensom og trist, men når jeg var her vi lærte nogle gode ting, der er nogle øvelser der hjælper når du er trist så kan du hjælpe dig selv at du bliver rolig."*

## **Opsamling på interview-resultaterne.**

Patienterne beskriver indledningsvis at de har været glade for at komme i klinikken, hvor de har følt sig trygge. Der ses en tendens til at enkeltstående dele af behandlingen har haft en positiv effekt, herunder brug af musik og psykomotoriske øvelser. Effekten har været størst i den periode hvor behandlingen er foregået. Det har derimod været svært at fastholde oplevelsen af effekt/bedring efter endt behandling. Endvidere har anvendelsen af mestringsstrategierne i det daglige været svært at fastholde.

## **Diskussion af resultaterne.**

Gruppeterapien har været gennemført med en langt større intensitet end andre forløb i klinikken. Hvor klienterne normalt kommer 1 gang om ugen af 1 times varighed har gruppeterapien i perioder været 3 gange om ugen af 5 timers varighed.

Denne øgede intensitet har vi oplevet som givende i forhold til klienternes proces. Der har været tid til at gå i dybden med deres problemstillinger. Det har været muligt at arbejde med gentagelse og struktur, samt give plads til pauser, og inkludere det sociale samvær klienterne imellem i behandlingen..

Som udgangspunkt var gruppens deltagere vurderet til at have et højt mentaliseringsniveau. Undervejs i terapien har det vist sig at mentaliseringsniveauet har været lavere end først antaget, og der har været en variation i mentaliseringsniveauet alt efter hvor stort et indre og ydre pres klienterne har oplevet i terapien.

Differentieringen i mentaliseringsniveauet kan skyldes, at der forud for klienternes start i klinikken ikke har været en tilstrækkelig udredning, endvidere har det vist sig undervejs at betydningen af at klienterne er traumatiseret i en tidlig alder har været markant.

Den tidlige traumatisering betyder at klienterne er fastlåst på forskellige udviklingspsykologiske trin, hvilket har betydning for deres mentaliseringsniveau, samt deres evne til at mobilisere tilstrækkelig egenomsorg og forståelse for betydningen af egen indsats i behandlingen. Den tidlige traumatisering ser ud til at få stor betydning for klienternes manglende oplevelse af handlekraft/handlemuligheder hvilket viser sig ved en regressiv tilgang til problemløsninger, samt en overvældende følelse af afmagt.

Det antages dog at klienterne gennem forløbet har opnået anvendelige mestringsstrategier til reduktion af PTSD symptomerne.

De er blevet i stand til at anvende mestringsstrategierne i det daglige, og de har iløbet af terapien opnået evnen til at registrere og benævne fysiske og følelsesmæssige ændringer og vælge de mestringsstrategier som har haft størst effekt i forhold til deres komplekse symptombillede.



Ovenstående stemmer overens med dele af patienternes selvrapporterede effekt af behandlingen, dog ses det tydeligt at implementeringen af mestringsstrategierne i det daglige kun eksisterer i den periode de er tilknyttet klinikken.

Efter endt behandling overvældes patienterne atter af følelsen af at have det dårligt, og være ude af stand til at handle på dette.

Således beskriver et par af patienterne det som common sense(-viden), at de har det/får det dårligt når de er alene. Det har de erfaret mange gange, på den måde deler de livsverden, forstået som den verden vi lever i, eller den verden vi i dagligdagen tager for givet.

De kategoriserer ikke det at være alene som et problem, det er common sense(-viden,) at "ensomheden" er en del af deres nye livs kontekst.

Men ved uddybende spørgsmål, om hvad det vil sige at have det dårligt, kunne to af patienterne ikke sætte ord på. Derfor ligger det langt ude i patienternes horisont at søge akut hjælp eller at skulle inddrage de øvelser og musik de har lært som forebyggelse eller -bekæmpelse.

Patienterne giver udtryk for at behandlingsformen i klinikken foregår som en aktivitetsudøvelse og de er bevidste om at der i det dynamiske samspil mellem menneske, omgivelser og aktivitet/behandling, sker en forandring der vil påvirke dem. De giver endvidere udtryk for, at specielt behandlernes adfærd/indlevelse har været vigtigt for at opnå følelsen af at være velkommen og accepteret.

Oplevelsen af at have det dårligt, uden at være i stand til at uddybe betydningen af dette, kan i denne kontekst, hænge sammen med, at patienternes mentaliseringsniveau medfører at de ikke er i stand til at definere, hvad det vil sige at have det dårligt. De er ikke i stand til at italesætte emotioner.

Mentalisering betragtes som en udviklingspsykologisk og helt grundlæggende evne til at forstå og tolke menneskelig adfærd(inklusive sin egen) som både subjektiv, intentionel og meningsbærende. Under trygge tilknytningsbetingelser vil evnen til mentalisering normalt udvikles gradvis i barnets 2-3 leveår (Fonagy et al, 2002) Mentaliserings evnen udvikles således i en tilknytningsrelation og er en social kompetence. Endvidere er affektregulering menneskets evne til at differentiere mellem forskellige følelser og forstå meningsindholdet i de følelsesudtryk og at tilpasse disse til situationer og mellemmenneskelige forhold.

I mødet med patienter med anden kultur-baggrund vil der ofte være forskel på patientens og behandlerens definition af sygdom.

Den danske måde at tilrettelægge behandlingen på stiller derfor store krav til patienten om åbenhed i forhold til sin egen sygdom, psykologisk indsigt og selvrefleksion. Det kan være fremmed for mange flygtninge og andre kulturer, at skulle forholde sig til sin egen sygdom på denne måde



Kernen i det behandlingsmæssige arbejde er at bidrage til at patienterne kan opnå en bedre livskvalitet. Det behandlingsmæssige arbejde bør derfor understøtte patienternes mulighed for at forfølge egen version om en bedre livskvalitet.

For den psykiske sikkerhed er det vigtigt for den traumatiserede patient at få viden om, at traumatiske begivenheder kan medføre mange forskellige symptomer, som, hvor ubehagelige og langvarige de end er, i vidt omfang anses for naturlige reaktioner på ekstreme forhold. Denne viden gør det muligt for patienterne at se deres symptomer i et bredere psykologisk og samfundsmæssigt perspektiv. Angsten for sindssyge findes hos mange flygtninge, bl.a. flygtninge fra mellemøsten hvor der er tradition for fortielse omkring psykiske sygdomme.

At informere/undervise folk om sygdom, symptomer og konsekvenser kan ikke stå alene, idet mennesket ikke handler rationelt. Ifølge HBM skal mennesket se en gevinst for at opsøge hjælp. (K. Telcs, Honning der flyder. Københavns Universitet 2000 9) Egenomsorg omfatter aktiviteter i forbindelse med at klare sig selv. Det kan være afspænding o.l., men patienterne ser ikke gevinsten mellem det at føle sig dårlig og forebygge dette ved at inddrage øvelserne i dagligdagen. Omgivelserne er den kontekst, hvori behandling/aktivitet finder sted, omgivelserne er dynamiske og kan have en fremmende eller hæmmende virkning på udøvelsen – omgivelsernes fremmende eller hæmmende effekt har stor betydning for individets udøvelse af behandlingsprogrammet.

En forudsætning for at behandlingen/aktiviteten bliver tilfredsstillende, er at der er en passende balance mellem behandlingen og personens opfattelse af sig selv og sine omgivelser. Det er vigtigt at både medarbejderne og patienterne kan italesætte de forskellige emotioner der er og/eller opstår i rummet. Denne træning er netop vigtig i forhold til læringen og mestringen af fx arousal når patienten er alene.

På trods af at man i den arabiske kultur, deler sorg og smerte med hinanden, så sker det i en familiemæssig kontekst. Her er mennesker sat sammen i en gruppe, hvor de i forvejen ikke har en relation. Dette kan angiveligt begrænse åbenheden, og hermed bliver det også en udfordring for medarbejderne at arbejde med mestring og affektregulering.

I klinikken var man på projektets starttidspunkt, netop begyndt at arbejde med at sætte patienter sammen efter deres mentaliseringsevne/niveau. Det viser sig imidlertid, at når man arbejder med mentaliseringsniveau, er det ikke altid fra første færd muligt at vurdere, hvor patienten befinder sig. På den baggrund ville vi i dag skille patienterne fra hinanden, da udgangspunktet for

deres behandling ville være deres mentaliseringsniveau. Det var vi imidlertid ikke opmærksomme på da projektet startede.

Indledningsvis i terapien ses som tidligere omtalt et lavere mentaliseringsniveau end først antaget. Klienterne udviser manglende evne til at differentiere mellem ondt i brystet og kategorialemotionerne sorg og angst (15.01.13) hvilket tyder på niveau 5, opmærksomhed eller bevidsthed om fysiske, somatiske fornemmelser, emotionernes kropslige korrelater, implicitte aspekter af kategorialemotionerne. (Allen, Fonagy, Slade mfl. 2009) Emotionen kommer til udtryk som en kropslig dysregulering, ondt i maven, ondt i hovedet, eller trykken for brystet. Patienterne har på dette niveau ingen kognitiv benævnelse af følelsen.

Undervejs i behandlingen ses evnen til at sænke arousal undervejs i sessionerne, en begyndende affektregulering (25.02.13). Patienterne registrerer små ændringer i arousal ved brug af øvelserne og musik – dog uden at de registrerer en generel ændring. På dette tidspunkt i behandlingen ses en udvikling i retning af niveau 4, bevidsthed om handletendenser, emotionernes evolutionært indbyggede handletendenser. (Allen, Fonagy, Slade mfl. 2009). Emotionerne kan aflæses i ansigterne dog uden kognitiv benævnelse.

Personer der udsættes for traumer og tortur udlever ofte deres efterfølgende kroniske og komplekse PTSD i et eksternaliserende eller internaliserende reaktionsmønster, patienterne har endvidere ofte komorbide diagnoser. Det er derfor af betydning for behandlingstypen at vurdere de komplekse tilstande. Hvilket medfører at en ensidig fokusering på PTSD kombineret med komorbiditet kan besværliggøre en effektiv behandling. Nyeste undersøgelser viser, at i stedet for at lede efter effekten af en bestemt teknik eller behandlingsorganisering over for PTSD skal vi forsøge identificere de kernerfunktioner der er forbundet med patientens problemer. (J.H. Sørensen p. 95 2013 )

At være syg er også en kulturel defineret rolle, der for de fleste individer vil kræve en livsstilsændring. PTSD er endvidere en sygdom der for de fleste flygtninge var ukendt inden de kom til Danmark. I nærværende pilotprojekt har det af forskellige årsager ikke været muligt at gå dybere ind i undersøgelsen, men valgte metode giver en indsigt i tankegange og handlemønstre hos patienterne der angiveligt kan bruges til at videreudvikle arbejdet med PTSD patienter i klinikken.

Det foreliggende bygger på fund fra det indsamlede materiale, det kan anføres at mennesker uden kendskab til PTSD systematisk bør indføres i dette problemområde derudover skal der fokuseres på mestring, affektregulering og egenomsorg.



Det anbefales at vi i klinik for traumatiserede flygtninge, fremadrettet identificerer patienternes kernerdisfunktioner og derefter etablerer en begrebsmæssig forbindelse til en behandling der er i overensstemmelse med patienternes mentaliserings- og affektreguleringsevne.

Dette pilotprojekt viser at patienter har fået reduceret de psykiske problemer og dermed højnet livskvaliteten ved at modtage kombineret musik-krop- og mentaliserings gruppe behandling.

## **Konklusion**

Generelt er der små forbedringer af livskvalitet efter behandling på fysisk og psykisk livskvalitet, og en noget gennemsnitlig større fremgang på social livskvalitet. Der ses en forværring af environmental livskvalitet, der skyldes en af deltagernes meget lave postscore.

Det antages endvidere at klienterne gennem forløbet har opnået anvendelige mestringsstrategier til reduktion af PTSD symptomerne.

De er blevet i stand til at anvende mestringsstrategierne i det daglige, og de har iløbet af terapien opnået evnen til at registrere og benævne fysiske og følelsesmæssige ændringer og vælge de mestringsstrategier som har haft størst effekt i forhold til deres komplekse symptombillede.

Dette pilotprojekt viser at patienter har fået reduceret de psykiske problemer og dermed højnet livskvaliteten ved at modtage kombineret musik-krop- og mentaliserings gruppe behandling.

Endvidere viser pilotprojektet at den manglende udredning af patienternes mentaliseringsniveau har haft betydning for udbyttet af behandlingen.

Endvidere at det vil have en gavnlig effekt på fastholdelse og implementering af de tillærte mestringsstrategier hvis afslutningen af gruppeforløbene planlægges med en længere udfasnings periode, og mulighed for løbende opfølgning for at modvirke oplevelsen af ensomhed og isolation efter endt behandling.

## **Perspektivering.**

Efter pilotprojektets afslutning er der indtil videre v. Klinik for Traomatiserede Flygtninge gennemført 1 gruppeforløb med udgangspunkt i pilotprojektets metodiske grundlag og 3 forløb er under afvikling. Ved gruppeforløbets første og sidste session er der udfyldt følgende evalueringsskema. ( se bilag 7)



Resultaterne fra det afsluttede forløb, og tilbagemeldinger fra de igangværende forløb understøtter projektets antagelse om at en grundlæggende struktur med fokus på gentagelse af de musiske og psykomotoriske mestringsstrategier, samt ideen om at psykoedukation vedr PTSD skal ske i en dynamisk proces med patienten i centrum, kan bedre patienternes livskvalitet. ( se bilag 8-11)

## Litteraturliste.

Jessica M. Carlsson, Erik L. Mortensen, Marianne Kastrup (2006) Predictors of mental health and quality of life in male tortured refugees. Nordic Journal of Psychiatry Jan 2006, Vol. 60, No. 1, Pages 51-57

Karimlou M, Zayeri F, Salehi M. (2011) Psychometric properties of the Persian version of the World Health Organization's quality of life questionnaire (WHOQOL-100). Arch Iran Med. 2011 Jul;14(4):281-7. doi: 0011144/AIM.0011.

Yousefy AR, Ghassemi GR, Sarrafzadegan N, Mallik S, Baghaei AM, Rabiei K. (2010) Psychometric properties of the WHOQOL-BREF in an Iranian adult sample. Community Ment Health J. 2010 Apr;46(2):139-47. doi: 10.1007/s10597-009-9282-8. Epub 2010 Jan 9.

World Health Organization (1993). WHOQoL Study Protocol. WHO (MNH7PSF/93.9).

S. Kvale: interview – en introduktion til det kvalitative forskningsinterview 5 oplag Hans Reitzels forlag, København 2000

D. Zahavi: "fænomenologi" 1. udgave. Roskilde Universitetsforlag 2003

F.Alberdi, C.Nørregaard, M.Kastrup & M.Kristensen: Transkulturel psykiatri Hans Reitzels forlag 2002

K.Telcs: Honning der flyder. MPH Københavns Universitet. 2000

J.H. Sørensen: Programmer for PTSD Psykiatrien i Region Syddanmark 2013

Merete Holm Brandtbjerg: Hyporespons – den skjulte udfordring i mestring af stress. Artikel, 2009 Moaiku Bodydynamic- Brandtbjerg.

Merete Holm Brandtbjerg: Relationsaspektet af ressourceorienteret færdighedstræning. Artikel 2008 Moaiku Bodydynamic. Brandtbjerg.

Beck, Bolette (2007). The use of GIM with traumatized refugees. AMI Newsletter, spring 2007.

Beck, Bolette (2007). Measuring effect of modified individual GIM with traumatised refugees – a pilot study. Poster at the 7.th European Music Therapy Conference, Holland, 2007.

Jespersen, Kira Vibe & Vuust, Peter (2012) The Effect of Relaxation Music Listening on Sleep Quality in Traumatized Refugees: A Pilot Study. Journal of Music Therapy, 49(2), 2012, p 205–229.

Orth, J. (2005). Music Therapy with Traumatized Refugees in a Clinical Setting. Voices: A World Forum for Music Therapy, Vol 5, No 2 (2005).

Orth, J.J., L. Doorschodt, J. Verburgt & B. Drozdek (2004). Sounds of trauma: An Introduction to Methodology in Music Therapy with traumatized refugees in Clinical and outpatient settings. In J. P. Wilson & B. Drozdek (Eds.). Broken Spirits: The treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims. (pp.443-481). New York and Hove: Brunner-Routledge.

Alanne, S. (2010). Music Psychotherapy with Refugee Survivors of Torture. Interpretations of Three Clinical Case Studies. Sibelius Academy, Music Education Department, Studia Musica 44.

Mørch, Nana Hostrup (2003). Jeg ønsker mig at blive en stor tyk mand og få en tyk kone! : musikterapi med flygtningebørn i psykoedukative projekter for afghanske flygtningefamilier. Upubliceret musikterapispeciale, Aalborg Universitet.





**THE WORLD HEALTH ORGANIZATION  
QUALITY OF LIFE (WHOQOL) -BREF**

The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF

© World Health Organization 2004

All rights reserved. Publications of the World Health Organization can be obtained from Marketing and Dissemination, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; email: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Requests for permission to reproduce or translate WHO publications—whether for sale or for noncommercial distribution—should be addressed to Publications, at the above address (fax: +41 22 791 4806; email: [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

The World Health Organization does not warrant that the information contained in this publication is complete and correct and shall not be liable for any damages incurred as a result of its use.

## WHOQOL-BREF

The following questions ask how you feel about your quality of life, health, or other areas of your life. I will read out each question to you, along with the response options. **Please choose the answer that appears most appropriate.** If you are unsure about which response to give to a question, the first response you think of is often the best one.

Please keep in mind your standards, hopes, pleasures and concerns. We ask that you think about your life **in the last four weeks**.

		Very poor	Poor	Neither poor nor good	Good	Very good
1.	How would you rate your quality of life?	1	2	3	4	5

		Very dissatisfied	Dissatisfied	Neither satisfied nor dissatisfied	Satisfied	Very satisfied
2.	How satisfied are you with your health?	1	2	3	4	5

The following questions ask about **how much** you have experienced certain things in the last four weeks.

		Not at all	A little	A moderate amount	Very much	An extreme amount
3.	To what extent do you feel that physical pain prevents you from doing what you need to do?	5	4	3	2	1
4.	How much do you need any medical treatment to function in your daily life?	5	4	3	2	1
5.	How much do you enjoy life?	1	2	3	4	5
6.	To what extent do you feel your life to be meaningful?	1	2	3	4	5

		Not at all	A little	A moderate amount	Very much	Extremely
7.	How well are you able to concentrate?	1	2	3	4	5
8.	How safe do you feel in your daily life?	1	2	3	4	5
9.	How healthy is your physical environment?	1	2	3	4	5



The following questions ask about how completely you experience or were able to do certain things in the last four weeks.

		Not at all	A little	Moderately	Mostly	Completely
10.	Do you have enough energy for everyday life?	1	2	3	4	5
11.	Are you able to accept your bodily appearance?	1	2	3	4	5
12.	Have you enough money to meet your needs?	1	2	3	4	5
13.	How available to you is the information that you need in your day-to-day life?	1	2	3	4	5
14.	To what extent do you have the opportunity for leisure activities?	1	2	3	4	5

		Very poor	Poor	Neither poor nor good	Good	Very good
15.	How well are you able to get around?	1	2	3	4	5

		Very dissatisfied	Dissatisfied	Neither satisfied nor dissatisfied	Satisfied	Very satisfied
16.	How satisfied are you with your sleep?	1	2	3	4	5
17.	How satisfied are you with your ability to perform your daily living activities?	1	2	3	4	5
18.	How satisfied are you with your capacity for work?	1	2	3	4	5
19.	How satisfied are you with yourself?	1	2	3	4	5

20.	How satisfied are you with your personal relationships?	1	2	3	4	5
21.	How satisfied are you with your sex life?	1	2	3	4	5
22.	How satisfied are you with the support you get from your friends?	1	2	3	4	5
23.	How satisfied are you with the conditions of your living place?	1	2	3	4	5
24.	How satisfied are you with your access to health services?	1	2	3	4	5
25.	How satisfied are you with your transport?	1	2	3	4	5

The following question refers to how often you have felt or experienced certain things in the last four weeks.

		Never	Seldom	Quite often	Very often	Always
26.	How often do you have negative feelings such as blue mood, despair, anxiety, depression?	5	4	3	2	1

**Do you have any comments about the assessment?**

---



---

*[The following table should be completed after the interview is finished]*

		Equations for computing domain scores	Raw score	Transformed scores*	
				4-20	0-100
27.	<b>Domain 1</b>	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$	a. =	b:	c:
28.	<b>Domain 2</b>	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square$	a. =	b:	c:
29.	<b>Domain 3</b>	$Q20 + Q21 + Q22$ $\square + \square + \square$	a. =	b:	c:
30.	<b>Domain 4</b>	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$	a. =	b:	c:

\* See Procedures Manual, pages 13-15

## Semistruktureret interview -tematiseret interviewguide

### 1. Erfarings- og adfærdsspørgsmål

Hvordan har du oplevet behandlingen/undervisning her på klinikken  
Hvordan føler du at du er blevet modtaget her på klinikken  
Har du fortalt behandlerne/gruppen om det der er allersværest for dig  
Har du fortalt hvad du har været igennem som flygtning

### 2. Opinions- og værdispørgsmål

Hvordan har du som patient bliver inddraget i behandlingsforløbet?  
Har perioden været for lang ?  
Har pauserne imellem været for lange ?

### 3. Spørgsmål om følelser

Hvordan reagerede du, på musikken  
Hvordan reagerede du på kropsbehandlingen/afspændingsøvelserne  
Hvordan var det for dig at tegne  
Hvordan var det for dig at være i en gruppe

### 4. Vidensspørgsmål

Hvilken gavn har kropsbehandlingen haft for dig  
Hvilken gavn har musikken haft for dig  
Bruger du øvelser i hverdagen  
Bruger du musikken i hverdagen

### 5. Sansespørgsmål

Hvordan har du det med at blive afsluttet her  
Bruger du øvelserne når du er hjemme  
Hvor ofte bruger du øvelserne derhjemme  
Kan du beskrive ændringerne i dine reaktioner før og efter kurset

Hvis ikke du bruger øvelserne - kan du beskrive hvorfor

### 6. Relationsspørgsmål

Hvordan var din relation til behandlerne  
Hvordan var din relation til de andre på holdet



### bilag 3



→



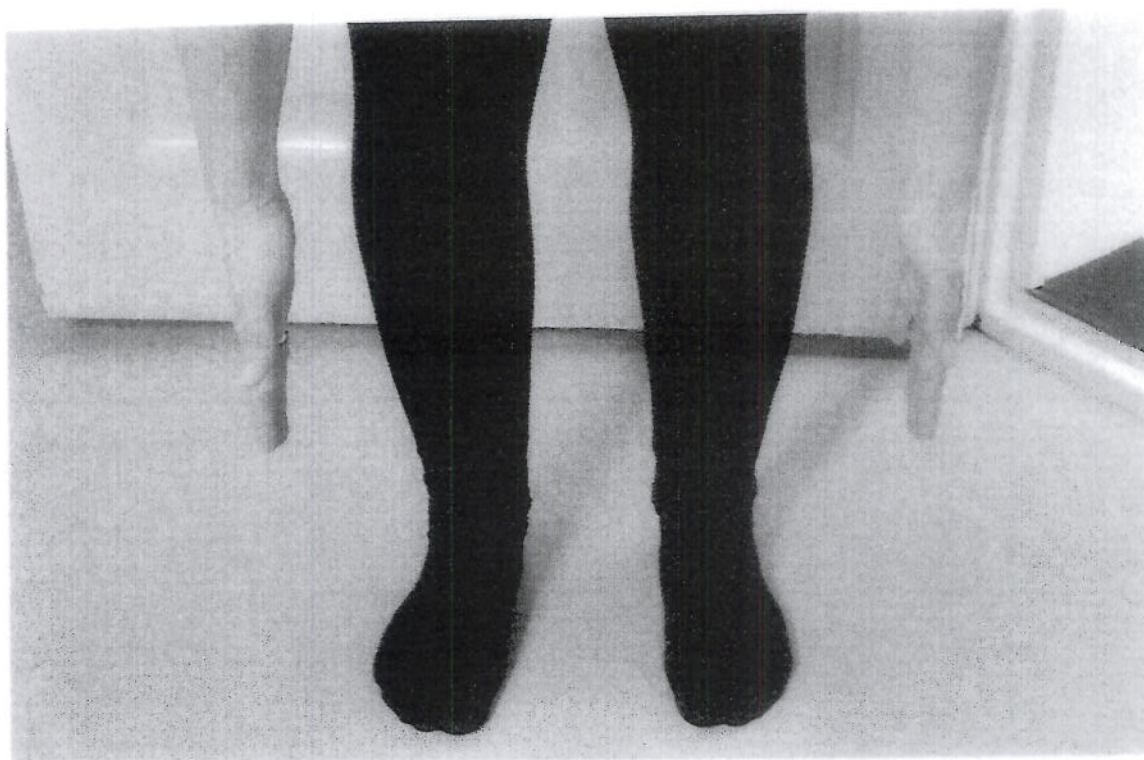
5



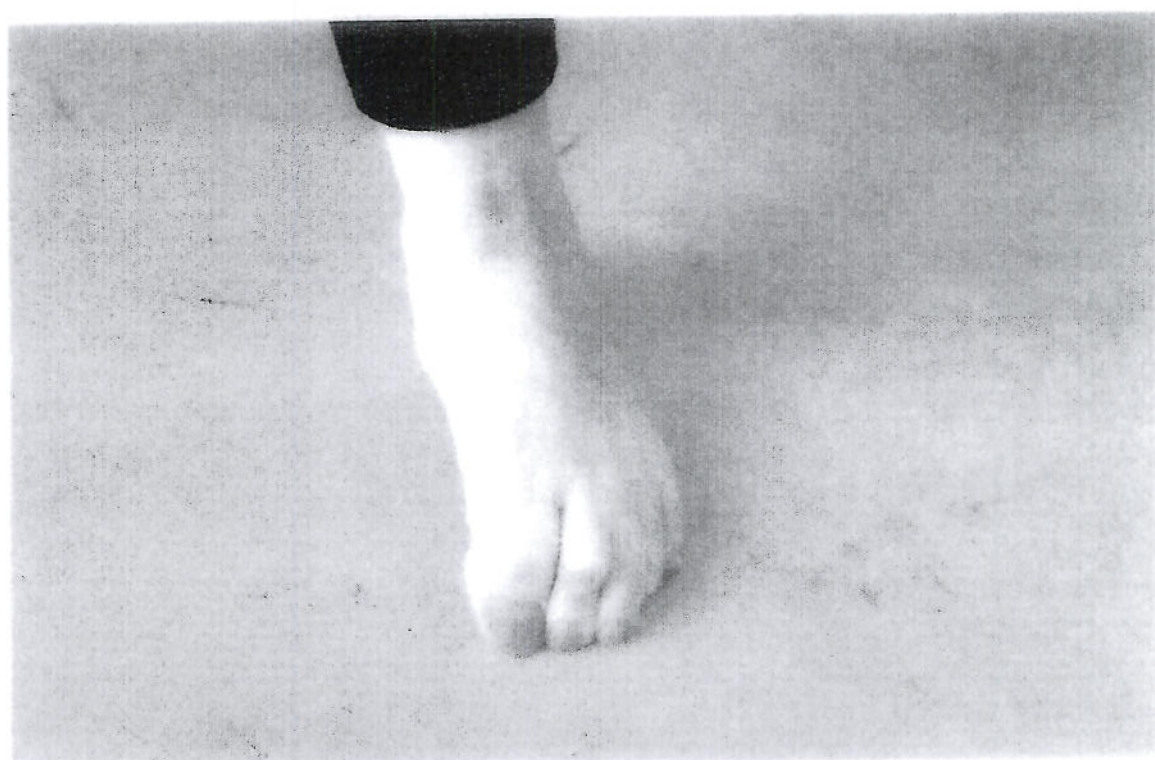
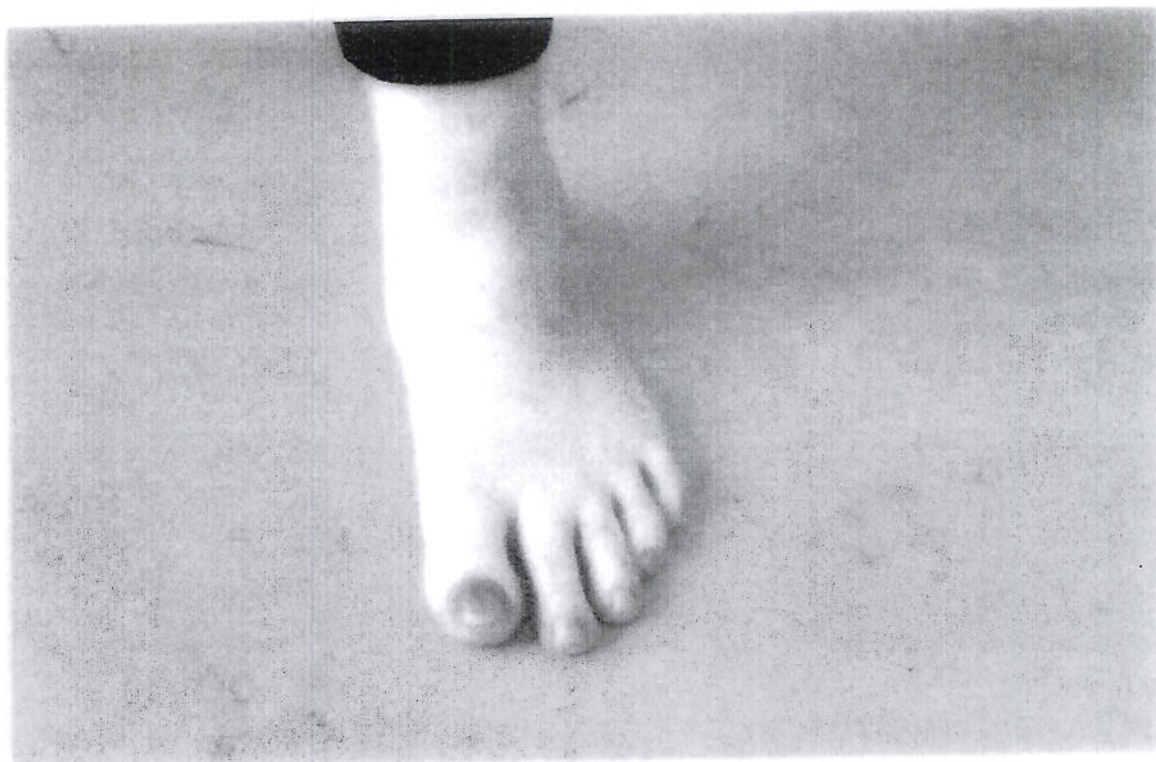
10

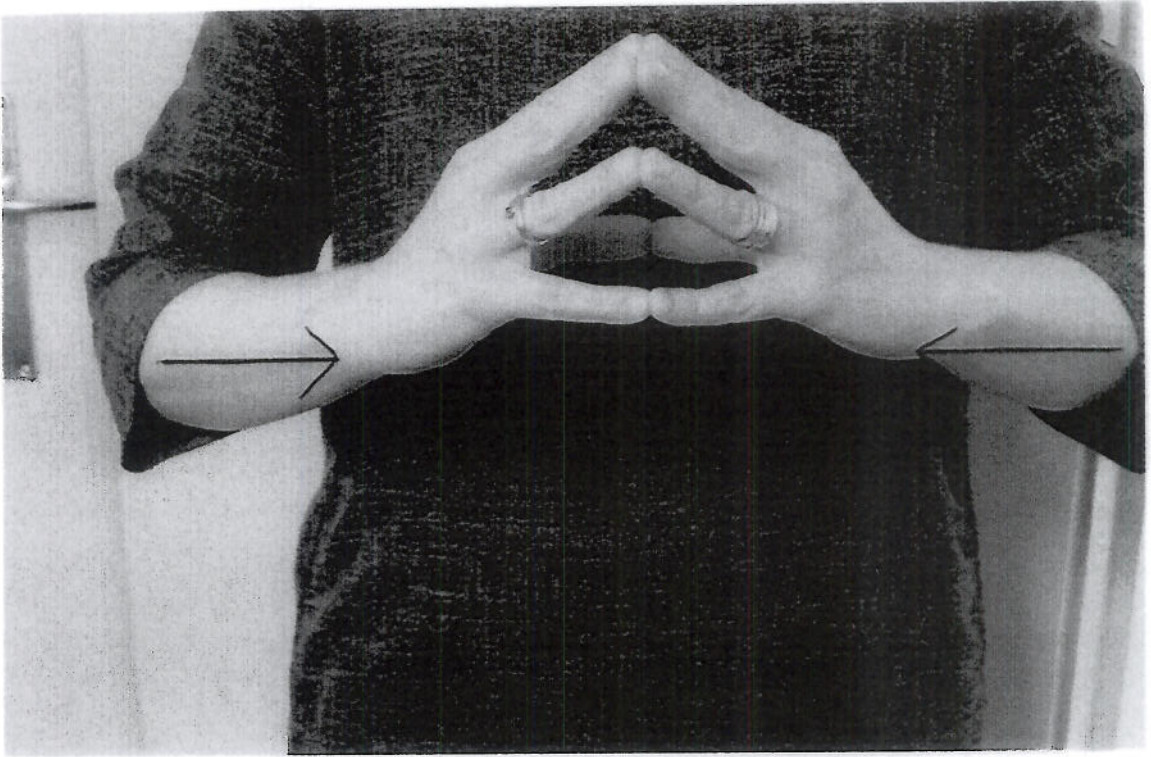
[illegible]

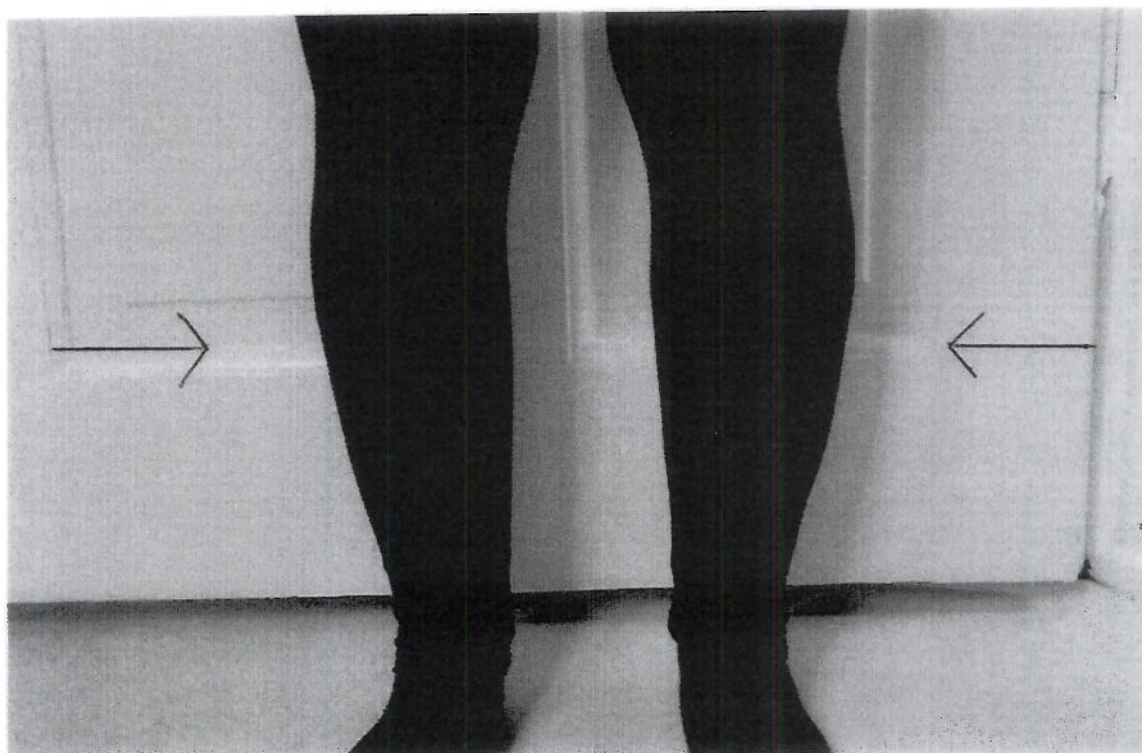




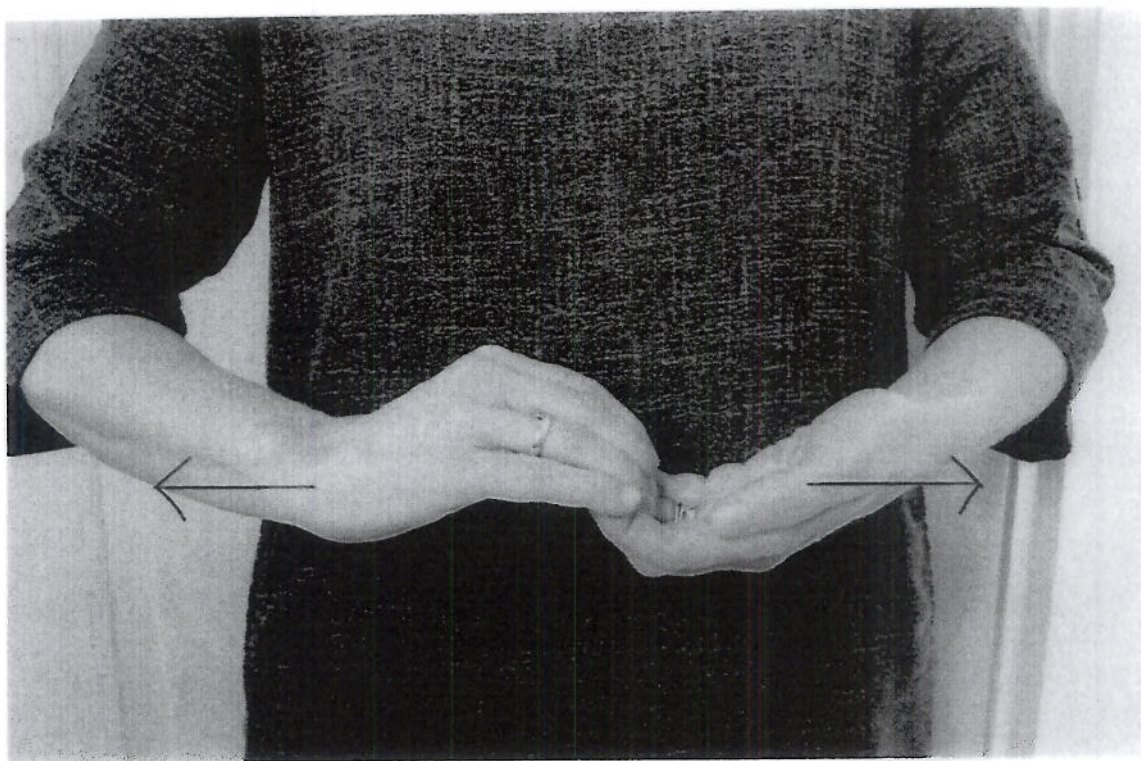














Musikprogram.

Enya.

1. Shepherd moons (3:47)
2. Watermark (2:33)
3. And winter came (3:20)
4. Watermark (2:33)
5. Shepherd moons (3:47)



## **Semistruktureret interview – det metodiske grundlag.**

### **Design, materiale og metode**

Undersøgelsen er deskriptiv og kvalitativ og har til formål at belyse behandlingsresultatet af et intensivt gruppeterapeutisk forløb, hvor det metodiske udgangspunkt inkluderede musik-psykomotorik- og mentaliseringsbaseret terapi.

Undersøgelsen er kvalitativ og designet som en interviewundersøgelse, blandt tre patienter der har været i behandling i ovennævnte forløb.

I forbindelse med interviews af patienterne er brugt følgende metode:

Et åbent ustruktureret, tematiseret interview, det vil sige at der foreligger en interviewramme som er standardiseret og tematiseret.

Indholdsmæssigt har interviewene således den samme standard og de samme tematiseringer, der sikrer at alle er udsat for samme spørgsmål, men det betyder samtidig, at det er et interview, hvor patienterne svarer og fortæller med egne ord.

Interviewene foregik på klinikken i Vordingborg.

### **Databearbejdning**

De individuelle interviews blev optaget på bånd. I analysen er kodning af data er foretaget efter fænomenologiens mål om at beskrive den direkte erfaring, som den melder sig for vores kropslige bevidsthed i livsverdenen.

Samtidig vil vi/medarbejderne blive i stand til i et behandlingsperspektiv at forstå virkeligheden som den erfares og opleves af vores patienter. Vi er således ikke i stand til at forstå verden uden subjektet.

### **Problemformulering**

Hvilken livskvalitets påvirkning har den kombinerede musik-, psykomotorik- og mentaliserede behandling på tre mandlige patienter med diagnosen PTSD.

Hvilken påvirkning oplever patienterne at den specielle kombinerede musik, psykomotorik og mentaliserings-baserede behandling har haft på deres livskvalitet.

### **Fænomenologi**

Fænomenologien er en filosofisk videnskab om fænomenerne. Grundlæggeren bag fænomenologien er Edmund Husserl, hvis værker også ligger til grund for det metodiske udgangspunkt inden for den fænomenologiske videnskab.

Med et fænomen menes der sådan som genstanden umiddelbart viser sig for en, sådan som den tilsyneladende er. Samtidig er fænomenet ikke som genstanden er i sig selv, men derimod som den fremtræder for en, med ens egne øjne (Zahari, 2003 p. 18).

Målet for fænomenologien er et studere menneskelige erfaringer og oplevelser, men med en fordomsfri tilgang til det. Dette vil sige, at man skal udelukke de commonsense-forståelser man har, i det man varieret og dybtgående beskriver fænomenet.

Fænomenologien søger derfor på den ene side at reflektere over erfaringens mulighedsbetingelser, og på den anden side at suspendere vores antagelser, for at kunne undersøge dem kritisk. For at undgå at være forudindtaget må undersøgelsen, ifølge Husserl, "vende sig mod virkeligheden,

Endvidere kræver transskriptionen nogle overvejelser da reliabiliten af interviews kan være problematiske da konstruktionen af det mundtlige til det skriftlige kan være forskelligt alt efter hvem der udskriver det. Jeg har imidlertid selv udført interviewene og efterfølgende selv transskriberet. Strategien har været at notere ordret fra båndet.

## **Validiteten**

Jeg har valgt at interviewe de patienter der har modtaget den tidligere beskrevne behandling, idet deres livsverden og den kontekst de befinder sig i, kan give et billede af hvordan behandlingerne påvirker deres livskvalitet og dermed bringe klinikken nærmere svaret på problemformuleringen. I forhold til informanternes troværdighed har jeg opfattet dem som åbne og ærlige overfor spørgsmålene i interviewet, men også underlagt en kulturel høflighed, der kan dække over åbenheden.

## **Generaliserbarhed**

Da det kun har været muligt at interviewe tre patienter, kan der kun være tale om en tendens og derfor kan undersøgelsen ikke være generaliserbar.

## **Meningskondensering**

Dette pilot-projekt bygger på informanternes egen opfattelse af meningen med deres udsagn. Fortolkningen er således en sammenfatning af informanternes egne synspunkter, der er udledt ved hjælp af meningskondenseringen. Gennem denne selvforståelse fremkommer informanternes egne oplevelser af behandlingen så præcist som muligt, uden at forklare eller analysere, hvilket er i overensstemmelse med den fænomenologiske tilgang. Udsagnene fra hver enkelt informant er skrevet sammen til et fælles udsagn under hvert tema.

## **Analyse**

Formålet er at analysere de empiriske data, i relation til hvilken livskvalitet patienterne har efter behandlingen på klinikken, samt hvilken påvirkning deres hjemlige kontekst har på patienterne evne til at udføre de indlærte øvelser.

Afsnittet opdeles i informanternes selvforståelse, common sense samt teoretisk tolkning/sammenfatning struktureret efter følgende temaer fra datamaterialet; livskvalitet, at være dårlig, behandlingen.

## **Selvforståelse**

I selvforståelses-konteksten fremhæves informanternes beskrivelser og ordvalg, på den måde får vi patienternes egne oplevelser af behandlingsresultatet så præcist som muligt, uden at forklare eller analysere, hvilket er i overensstemmelse med den fænomenologiske tilgang.

I common sense tolkes der, med udgangspunkt i informanternes beskrivelser af deres livskvalitet. I teoretisk tolkning analyseres selvforståelsen og common-sense tolkningerne med henblik på at forklare informanternes livskvalitet samt hvordan deres dagligdag påvirker denne.

## **Definitioner**

### **Livskvalitetsbegrebet**

I livskvalitetsforskningen anvendes der to overordnede betydninger af begrebet: 1) livskvalitet forstået som objektive livsvilkår, der antages at have en positiv indflydelse på menneskers trivsel,



og 2) livskvalitet som subjektivt begreb om menneskers oplevede trivsel, velbefindende eller tilfredshed med livet. ( ugeskrift for læger marts 2008 )

I dette pilot projekt handler livskvalitet om patienternes oplevede trivsel og tilfredshed med livet.

### **At have det dårligt/mentaliseringssevne**

At have det dårligt, kan i denne kontekst, hænge sammen med, at patienternes mentaliseringssevne medfører at de ikke er i stand til at definere, hvad det vil sige at have det dårlig, altså at de ikke er i stand til at italesætte emotioner. Mentalisering betragtes som en udviklingspsykologisk og helt grundliggende evne til at forstå og tolke menneskelig adfærd (inkluderet sin egen) som både subjektiv, intentionel og meningsbærende. Under trygge tilknytningsbetingelser vil evnen til mentalisering normalt udvikles gradvis i barnets 2.-3. leveår (Fonagy et al., 2002)

Mentaliserings evnen udvikles således i en tilknytningsrelation og er en socialkompetance. endvidere er affektregulering menneskets evne til at differentiere mellem forskellige følelser og forstå meningsindholdet i de forskellige følelsesudtryk og at tilpasse disse til situationer og mellemmenneskelige forhold



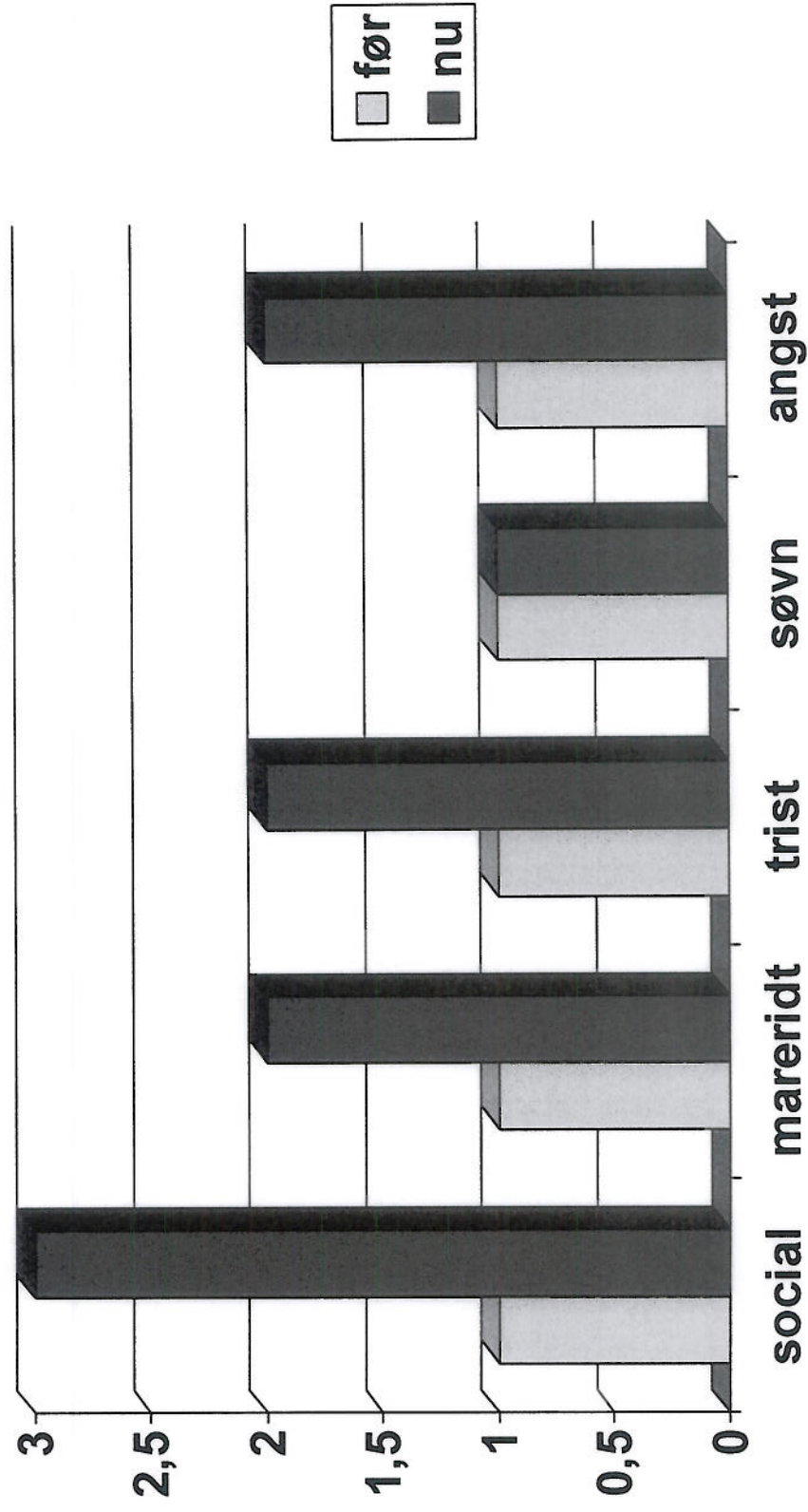
Evalueringskema

Navn \_\_\_\_\_

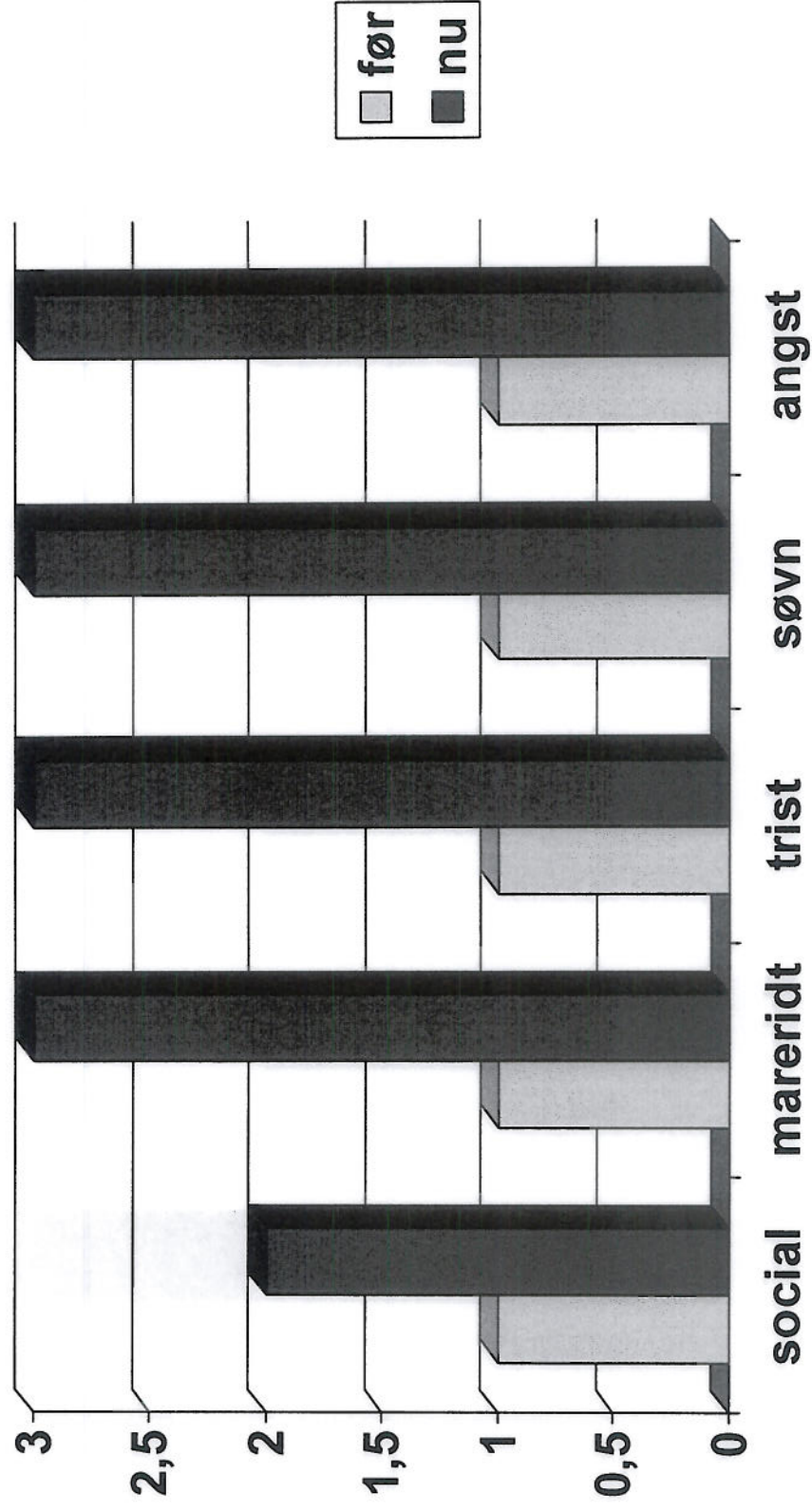
Dato \_\_\_\_\_

I de sidste 2 uger.....	Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt mere end halvdelen af tiden	Lidt mindre end halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Har jeg haft lyst til at være sammen med andre						
Har jeg haft mareridt						
Har jeg været trist						
Har jeg haft søvnbesvær						
Har jeg været angst						

# Patient 1.

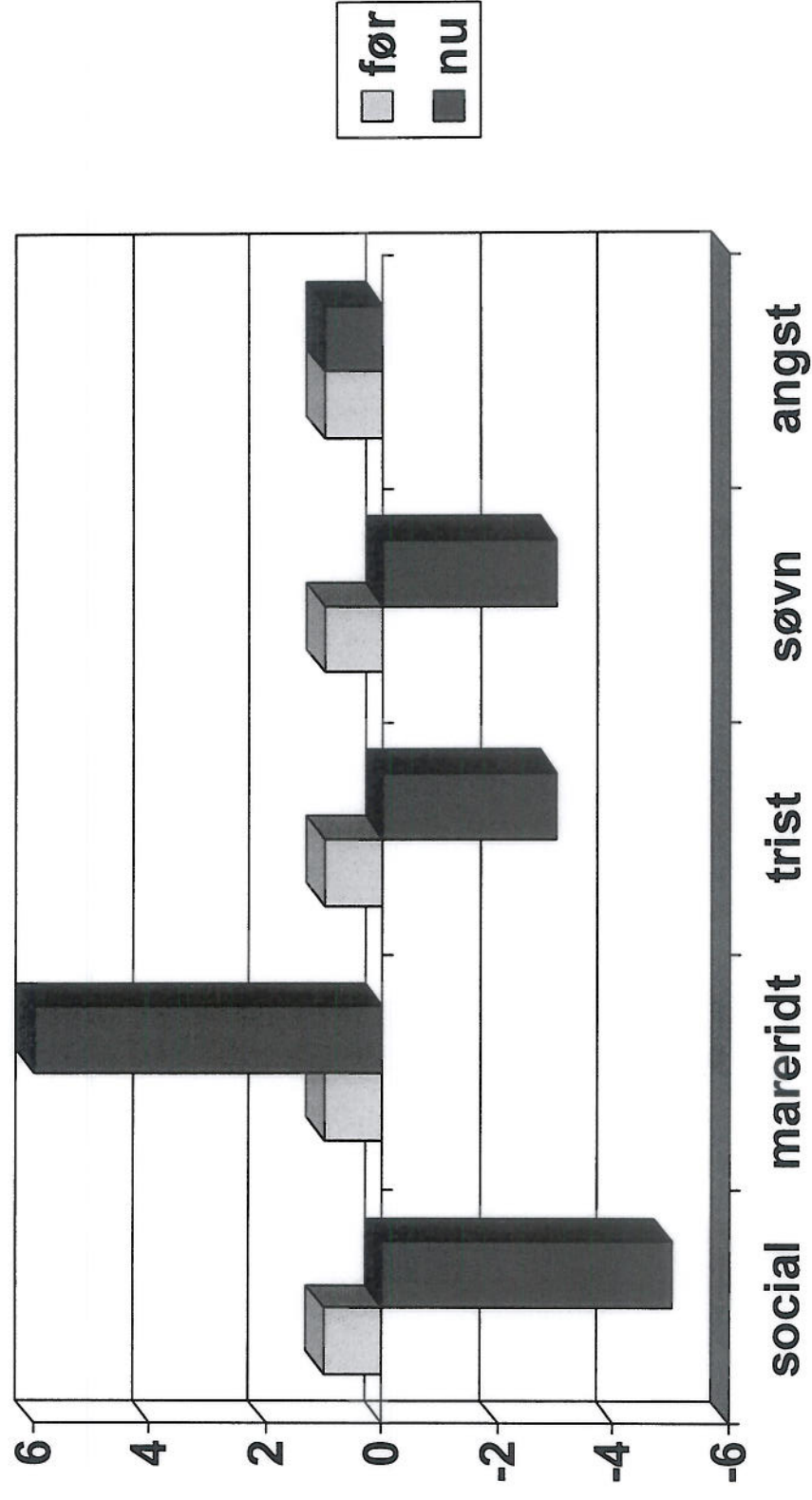


# Patient 2.





## Patient 3.



## Patient 4.

